



**Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem
Comunitária**

Relatório de Estágio

**PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA: PREVENÇÃO
DO CONSUMO DE ÁLCOOL, EM ADOLESCENTES
COM VULNERABILIDADE ACRESCIDA**

Ana Sofia Nunes Tavares

**Lisboa
2018**





**Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem
Comunitária**

Relatório de Estágio

**PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA: PREVENÇÃO
DO CONSUMO DE ÁLCOOL, EM ADOLESCENTES
COM VULNERABILIDADE ACRESCIDA**

Ana Sofia Nunes Tavares

Orientador: Professor Doutor José Edmundo Sousa

**Lisboa
2018**





AGRADECIMENTOS

No fim deste percurso, esta é a oportunidade de expressar o meu profundo agradecimento a todas as pessoas que, de alguma forma, possibilitaram a concretização deste trabalho.

À Matilde e ao Zé que souberam suportar as minhas ausências, sempre com uma palavra de incentivo.

À restante família por todas as ocasiões em que não pude estar presente.

Ao Professor Doutor José Edmundo Sousa pela disponibilidade e orientação dedicada, bem como pelos desafios propostos que me fizeram procurar a excelência e superar o que à partida me parecia intransponível.

À Enfermeira Susana Santos, coordenadora da UCC do Seixal, por todo o apoio, paciência e carinho com que me recebeu e me ajudou a crescer enquanto pessoa e enfermeira.

Aos estudantes do 8º ano da Escola Básica Nun'Alvares que comigo partilharam este caminho.

A todos os professores e funcionários da Escola Básica Nun'Alvares que colaboraram nesta intervenção, em especial à Professora Paula Coito, ao Professor Gustavo Évora, à Professora Ana Saraiva, à Professora Celeste Correia, ao Professor António Abreu e à Professora Helena Pereira, por terem acreditado nesta intervenção, tornando possível a sua realização: obrigada pelo apoio e por disponibilizarem todos os meios necessários à sua consecução.

À Dra Catarina Santos e ao Rodrigo Conceição do Sport Lisboa e Benfica, por acreditarem neste projeto e contribuírem para a sua concretização.

A todos os colegas do 8º curso de mestrado em enfermagem comunitária. Foi uma turma fantástica que funcionou desde o primeiro dia como uma verdadeira família.

Às minhas colegas e amigas Lúcia Lopes, Lurdes Semedo, Sónia Miguel e Paula Sequeira pelo apoio incondicional e acima de tudo pela amizade.

Agradeço a todos aqueles que de diferentes formas e em diferentes momentos contribuíram para a realização deste trabalho, a todos o meu muito obrigada!!

RESUMO

As bebidas alcoólicas inserem-se num quadro de socialização transversal à maioria das culturas do mundo ocidental. Ao álcool estão frequentemente associados valores simbólicos, maioritariamente de pendor mítico, facilmente assimiláveis pelos setores mais vulneráveis da sociedade. O seu consumo precoce e, por vezes excessivo, constitui sem dúvida um grave problema de saúde pública.

A evidência científica tem vindo a demonstrar a existência de padrões de consumo de alto risco, especialmente em adolescentes, revelando também que é cada vez mais precoce a idade com que ocorrem os primeiros consumos. É sabido que a adolescência, enquanto etapa estruturante do ciclo vital humano, constitui uma fase especialmente vulnerável do desenvolvimento que requer atenção particular.

É na escola que os adolescentes passam a maior parte do seu dia, e como tal esta deve ser encarada como um espaço privilegiado de reflexão sobre os seus percursos de vida e sobre as melhores opções a tomar. É fundamental proporcionar aos adolescentes, uma informação consolidada e bem fundamentada técnica e cientificamente.

A intervenção comunitária foi desenvolvida na Escola Básica Nun'Alvares, na Arrentela, concelho do Seixal, e teve como objetivo principal contribuir para a promoção de comportamentos saudáveis que conduzam à prevenção do consumo de álcool na adolescência. Foi aplicada a metodologia do Planeamento em Saúde, e teve como referencial teórico o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

Os resultados obtidos mostraram um acentuado défice de conhecimentos acerca do álcool, relacionado não só com os efeitos farmacológicos, ação e consequências no organismo, mas também com algumas ideias erróneas ligadas a mitos e falsos conceitos, e apontam para risco de abuso de álcool, relacionado com sentimento de solidão. A educação para a saúde foi a base da estratégia de intervenção comunitária, que na globalidade atingiu os objetivos a que se propôs e permitiu o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem comunitária.

Palavras-chave: Adolescência, consumo de álcool, vulnerabilidade, promoção da saúde, enfermagem comunitária.

ABSTRACT

Alcoholic beverages are part of a cross-cutting socialization of most Western cultures. Alcohol is often associated with symbolic values, mostly mythical, easily assimilated by the most vulnerable sectors of society. Its early and sometimes excessive consumption is undoubtedly a serious public health problem.

Scientific evidence has shown the existence of alcohol high risk consumption patterns, especially amongst adolescents, also revealing that the age at which the first consumption takes place it is becoming increasingly precocious. It is well known that adolescence, as a structuring stage of the human life cycle, constitutes a particularly vulnerable stage of development which requires special attention.

The school is by excellence the primary location where adolescents spend most of their days, thus this should be seen as a privileged space for reflection on their life pathways and on the best life choices. It is essential to provide adolescents with consolidated, technically and scientifically well-founded information.

The community intervention was developed at the Nun'Alvares Basic School in Arrentela, Seixal county, and its main objective was to contribute towards the promotion of healthy behaviors aiming to lead to the prevention of alcohol consumption in adolescence. The methodology applied was The Health Planning, using as theoretical reference the Health Promotion Model by Nola Pender.

The research results revealed an accentuated lack of knowledge about alcohol, not only related with the pharmacological adverse reactions, damaging effects and consequences for the body, but some misconceptions linked with myths and wrong concepts as well. Data analysis also suggests that feelings of loneliness tend to increase the risk of alcohol abuse. Health education was the basis of the community intervention strategy, which overall achieved its objectives and allowed the development of specialized skills in community nursing.

Keywords: Adolescence, alcohol consumption, vulnerability, health promotion, community nursing.

LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
ASE	Ação Social Escolar
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CMS	Câmara Municipal do Seixal
DGE	Direção Geral da Educação
DGS	Direção Geral da Saúde
ECATD-CAD	Estudo sobre os Consumos de Álcool, Tabaco e Drogas – Comportamentos Aditivos e Dependências
EEECSP	Enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
IAA	Intoxicação alcoólica aguda
ICN	Conselho Internacional de Enfermeiros
INE	Instituto Nacional de Estatística
IUHPE	International Union for Health Promotion and Education
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNRCAD	Plano Nacional para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências
PNRPLA	Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao álcool
PNSE	Programa Nacional de Saúde Escolar
QCAA	Questionário de conhecimentos acerca do álcool
RCEEEECSP	Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública
SLB	Sport Lisboa e Benfica
SHE	Schools for Health in Europe
TEIP	Territórios Escolares de Intervenção Prioritária
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1. Adolescência	18
1.2. Vulnerabilidade Acrescida	20
1.3. Consumo de Álcool na Adolescência	21
1.4. Saúde Escolar	23
1.5. Enfermagem na Comunidade e Intervenção Comunitária	26
1.6. A Enfermagem Comunitária na Promoção da Saúde – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	28
2. METODOLOGIA	31
2.1. Diagnóstico da Situação de Saúde	32
2.1.1. Contextualização do Local de Intervenção	33
2.1.2. População, População Alvo e Amostra	35
2.1.3. Instrumentos, Técnicas e Procedimentos de Recolha de Dados	36
2.1.4. Apresentação e Análise dos Resultados	38
2.1.5. Diagnósticos de Enfermagem	47
2.2. Definição de Prioridades	49
2.3. Fixação de Objetivos	51
2.4. Seleção de Estratégias	53
2.5. Preparação Operacional - Programação	58
2.6. Avaliação	63
3. QUESTÕES ÉTICAS	67
4. CONCLUSÃO	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	81
APÊNDICES	104

ANEXOS

ANEXO I	Decreto-Lei n.º 106/2015 de 16 de junho
ANEXO II	Diagrama do Modelo de Nola Pender Adaptado a uma situação de Educação para a Saúde aos Adolescentes na Prevenção do Consumo de Álcool
ANEXO III	Questionário de Conhecimentos acerca do álcool (QCAA)
ANEXO IV	Carta Europeia sobre o Álcool
ANEXO V	Cartazes elaborados pelos estudantes
ANEXO VI	Cartaz vencedor
ANEXO VII	Fotografias do dia dos afetos
ANEXO VIII	Texto na página da Escola no endereço http://www.aenunalvares.edu.pt/ .

APÊNDICES

Apêndice I	Scoping Review
Apêndice II	Autorização dos Encarregados de Educação para o preenchimento do questionário
Apêndice III	Autorização para a utilização do QCAA
Apêndice IV	Instrumento de recolha de dados – 1ª parte/caracterização sociodemográfica
Apêndice V	Caracterização sociodemográfica da amostra
Apêndice VI	Quadro de comparação por pares
Apêndice VII	Cronograma de Gantt
Apêndice VIII	Plano operacional para as sessões de EPS 1,2 e 3
Apêndice IX	Plano operacional para as sessões de EPS 4,5 e 6
Apêndice X	Plano operacional para as sessões de EPS 7
Apêndice XI	Diapositivos para as sessões de EPS 1,2 e 3
Apêndice XII	Avaliação das sessões de EPS 1,2 e 3
Apêndice XIII	Avaliação das sessões de EPS 4,5 e 6
Apêndice XIV	Grelha de avaliação dos cartazes elaborados pelos alunos
Apêndice XV	Autorização do diretor do ACES
Apêndice XVI	Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT
Apêndice XVII	Parecer da Coordenadora da UCC
Apêndice XVIII	Parecer da Presidente do Conselho Diretivo da Escola NUN'ÁLVARES
Apêndice XIX	Parecer da Comissão Nacional de Proteção De Dados
Apêndice XX	Parecer da DGE

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1	Distribuição dos participantes por sexo	38
Gráfico nº 2	Distribuição dos participantes por idade	38
Gráfico nº 3	Distribuição dos participantes por familiares ou outros com quem vive	39
Gráfico nº 4	Distribuição dos participantes quanto ao número de irmãos	40
Gráfico nº 5	Distribuição dos participantes quanto à situação laboral dos pais	40
Gráfico nº 6	Distribuição dos participantes quanto à experimentação de bebidas alcoólicas	41
Gráfico nº 7	Distribuição dos participantes quanto à idade da primeira experiência com bebidas alcoólicas/primeiro consumo	41
Gráfico nº 8	Distribuição dos consumos de acordo com a frequência de ingestão	42
Gráfico nº 9	Distribuição dos participantes quanto ao nº de bebidas ingeridas numa mesma ocasião	43
Gráfico nº 10	Distribuição dos participantes de acordo com sentimento de solidão	43
Gráfico nº 11	Distribuição dos participantes de acordo com o que sentem ao ingerir álcool	44
Gráfico nº 12	Distribuição dos participantes de acordo com experiência de embriaguez	45
Gráfico nº 13	Distribuição de respostas erradas do QCAA, com percentagem superior a 30%	46
Gráfico nº 14	Distribuição das respostas erradas do QCAA, antes e depois da intervenção comunitária	64

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1	Ordenação dos problemas de saúde de acordo com a prioridade	51
Quadro nº 2	Avaliação da intervenção comunitária	65

INTRODUÇÃO

O consumo precoce de álcool nos adolescentes portugueses, assim como o consumo excessivo, constitui sem dúvida um problema atual de saúde pública. As consequências de ordem física, mental e social podem atingir proporções gravíssimas na saúde dos jovens, causando um enorme impacto social e na saúde.

A evidência científica tem vindo a demonstrar a existência de padrões de consumo de alto risco, nomeadamente em adolescentes, revelando que a idade com que os adolescentes têm o primeiro contacto com bebidas alcoólicas é cada vez mais precoce. É também possível atribuir causalidade entre a dependência alcoólica com estes padrões de consumo e a sua precocidade, sendo responsável por uma maior probabilidade de ocorrência de dependência alcoólica. A intervenção comunitária teve como objetivo principal, contribuir para a promoção de estilos de vida saudáveis, através da prevenção do consumo de álcool em adolescentes, com vulnerabilidade acrescida.

A promoção de estilos de vida saudáveis, para funcionar eficazmente, deverá implicar o envolvimento de todos os sectores da sociedade, numa concertação organizada de esforços, começando desde cedo com a Saúde Escolar e continuando, ao longo de todo o ciclo de vida, ao nível dos vários serviços públicos de saúde, com o objetivo de garantir que a escolha por estilos de vida saudáveis é a opção essencial para uma melhor qualidade de vida no futuro.

Ao abordar a questão da promoção de saúde é essencial também destacar um conceito fundamental, que é o conceito de saúde. Como forma de melhor o entendermos, relembro a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946) que entende saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Esta definição vai, por isso, contra os conceitos de saúde, muitas vezes, enraizados nos indivíduos, que assumem que estar saudável é apenas não apresentar qualquer doença.

Por este motivo torna-se fundamental que o enfermeiro, no âmbito do planeamento de cuidados de saúde a um determinado indivíduo, grupo ou comunidade, o adapte às especificidades dos contextos clínicos, da forma mais abrangente possível, sem, no entanto perder de vista as crenças e idiossincrasias do indivíduo ou comunidade alvo da sua intervenção.

A saúde deverá ser entendida num contexto de mudança social uma vez que são claras “as relações estreitas existentes entre taxas de mortalidade, natalidade, morbilidade, fecundidade, etc., com as classes sociais, modelos de urbanização, estilos e ritmos de vida e outros aspetos da organização social” (Carapinheiro, 1986,p.19).

A própria OMS alargou o conceito e mais tarde, já na década de 80, na declaração da carta de Ottawa, a saúde passa a ser encarada como um recurso para a vida do dia a dia, ou seja, uma dimensão da nossa qualidade de vida e não o objetivo de vida. “o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio” (OMS 1986, p.1).

Neste sentido, a promoção de saúde deverá ser encarada de uma forma ampla, ou seja, promover a saúde é muito mais que efetuar a mera prevenção de doenças. Promover a saúde é não só melhorar a nossa condição de saúde, mas essencialmente melhorar a nossa qualidade de vida e o nosso bem-estar.

Este relatório enquadra-se no âmbito da frequência no 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem Comunitária, no 3º semestre, na Unidade Curricular: Estágio com Relatório.

Esta intervenção teve como objetivo principal contribuir para a promoção de comportamentos saudáveis que conduzam à prevenção do consumo de álcool na adolescência. O objetivo deste relatório é descrever e analisar de forma crítica o percurso efetuado ao longo do estágio, que decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Seixal, no período compreendido entre setembro de 2017 e fevereiro de 2018.

A operacionalização deste projeto foi efetuada no âmbito do programa nacional de saúde escolar (PNSE), na Escola Básica NUN'ÁLVARES, situada na Arrentela, concelho do Seixal.

Para fundamentar este trabalho foi realizada ao longo do mesmo, uma scoping review (Apêndice 1), efetuada na base de dados EBSCO HOST.

Para estruturar conceptualmente o desenvolvimento e as ideias emergentes deste projeto, foi utilizado o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, que permite não só avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, mas também implementar e avaliar ações promotoras de saúde.

A metodologia escolhida para a realização deste trabalho, foi a metodologia de planeamento em saúde (Tavares, 1990), que é entendido como um processo contínuo e dinâmico e integra diferentes fases. O planeamento da saúde procura, acima de tudo mudanças no comportamento das populações tendo em vista a melhoria da saúde e consequente melhoria da qualidade de vida.

Do ponto de vista estrutural, este relatório está organizado em três partes fundamentais. A primeira é dedicada ao enquadramento teórico do tema, onde são abordados os principais conceitos que suportam a importância da prevenção do consumo de álcool na adolescência, tal como a vulnerabilidade acrescida, a saúde escolar e a importância da enfermagem comunitária na promoção da saúde.

A metodologia do planeamento em saúde, é abordada na segunda parte, considerando as suas seis etapas e os respetivos procedimentos.

Por fim são apresentadas as questões éticas e as reflexões finais sobre todo o percurso, onde se expõe e fundamenta a aquisição e desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, adquiridas ao longo deste percurso.

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), Portugal surge como um dos dez países com maior consumo de álcool per capita. Etimologicamente, o vocábulo **álcool** resulta da junção da palavra árabe *al-kuhul* (líquido) com a palavra grega *alkuhl* (essência).

O álcool é uma substância de uso comum um pouco por todo o Mundo, tendo a Europa níveis de consumo bastante elevados (Barroso 2012, p.9).

De acordo com a OMS (2014, p.11) o alcoolismo “não constitui uma entidade nosológica definida, mas a totalidade dos problemas motivados pelo álcool no indivíduo, estendendo-se a vários planos, causando perturbações orgânicas e psíquicas, perturbações da vida familiar, profissional e social, com as suas repercussões económicas, legais e morais”.

A adolescência é uma fase do ciclo vital caracterizada por diversas transformações a vários níveis, nomeadamente alterações a nível físico, social, psicológico, comportamental, cognitivo e relacional. A OMS considera adolescentes, todos os indivíduos com idade compreendida entre os 10 e os 19 anos, ou seja num período do crescimento e desenvolvimento humano que ocorre após a infância e antes da idade adulta.

Alguns autores consideram que a adolescência é, por excelência, um período associado ao início do consumo de substâncias nocivas, normalmente em contexto de socialização (Barroso 2012, Cordeiro 2016).

Estudos recentes, tais como o Estudo sobre os Consumos de Álcool, Tabaco e Drogas (ECATD) (2016), têm demonstrado a existência de padrões de consumo de alto risco de bebidas alcoólicas, como a embriaguez e o consumo ocasional excessivo (*binge drinking*), especialmente em adolescentes e jovens, revelando também que a idade com que os adolescentes têm o primeiro contacto com bebidas alcoólicas é cada vez mais precoce.

A Direção Geral da Saúde (DGS) (2015), através do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) preconiza como área de intervenção, a prevenção do consumo de bebidas alcoólicas, no âmbito da capacitação da comunidade educativa para a adoção de estilos de vida saudável. O mesmo documento salienta ainda a adolescência como a idade alvo para o início dos comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de substâncias psicoativas.

Torna-se assim fundamental a intervenção preventiva em meio escolar. “A escola é um local onde a grande maioria dos jovens passam grande parte do seu tempo, mas é importante não esquecer que frequentam outros espaços onde são confrontados com situações que os desafiam” (Goulão, 2007, p.8).

Nesse sentido, um ambiente escolar positivo, no qual a criança/jovem se sente envolvido seguro e reforçado, tem um papel fundamental no desenvolvimento ajustado, das crianças e jovens, nomeadamente na capacidade destes lidarem com o risco associado aos comportamentos aditivos e dependências. “É então prioritário fomentar e promover intervenções no meio escolar” (Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool - PNRPLA 2013/2020, p.58).

O contexto escolar é constituído por um grande número de jovens que, na sua maioria, não são consumidores deste tipo de substâncias, mas para que tal aconteça, é fundamental que sejam informados e esclarecidos acerca dos riscos da sua eventual utilização. Uma informação consolidada e bem fundamentada técnica e cientificamente, deve ser concedida e debatida com todos eles, colocando o enfase no discurso dissuasivo face ao seu uso. É, pois, fundamental que os estudantes sejam capacitados para responder e agir de forma a salvaguardarem estilos de vida saudáveis.

A escola deve ser encarada como um espaço privilegiado de reflexão sobre os seus percursos de vida e sobre as melhores opções a tomar.

No regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária, definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE), (2011, p.14) é enfatizada a importância do papel do Enfermeiro enquanto agente de Educação para a Saúde, ao referir que: “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde” através da “identificação da situação de saúde da população e dos recursos do utente, família e comunidade” e do “fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo grupo/comunidade”.

Desta forma o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, tem um papel preponderante na promoção da saúde na comunidade escolar.

Com o projeto de intervenção que pretendemos desenvolver, procuramos contribuir para a melhoria do bem-estar da população escolar e da comunidade envolvente, uma vez que, de acordo com Sousa (2013, p.105) “promover a saúde na escola

constitui uma forma privilegiada de promover a saúde da comunidade, tornando-a saudável na sua globalidade”.

Neste sentido torna-se importante definir e esclarecer alguns conceitos fundamentais, para a caracterização desta problemática.

1.1- Adolescência

A adolescência é caracterizada por um conjunto de alterações físicas, sociais e emocionais, que ocorrem, maioritariamente, de forma repentina e radical. A OMS estabelece como limites cronológicos para a adolescência, o período temporal entre os 10 e os 19 anos de idade.

De acordo com Whaley e Wong (1997, p. 415) “a adolescência é um período de transição entre a infância e a idade adulta”, no fundo, uma fase de rápida maturação física, cognitiva, social e emocional. Sprinthall e Collins (2011) caracterizam igualmente a adolescência como uma etapa do desenvolvimento em que predomina uma enorme multiplicidade de transformações físicas e cognitivas.

O desenrolar da adolescência é normalmente acompanhado por grandes transformações físicas e psíquicas, das quais a mais relevante será a necessidade de autoisolamento como método de enfrentar todas as mudanças. “Tão dramáticas como o crescimento na altura – e, até mesmo com implicações mais profundas na aparência dos indivíduos quando atingem a idade adulta – são as alterações na forma do corpo”. Sprinthall e Collins (2011, p.47).

Em paralelo com estas transformações, os adolescentes apresentam comportamentos afetivos cada vez mais afirmativos, mas com frequência contraditórios, em relação aos outros e em particular aos pais. É fundamental manter o equilíbrio entre a liberdade e o controle que sobre eles se exerce.

Os adolescentes referem, por vezes, necessidade de estar longe dos pais mas ao mesmo tempo querem manter a proximidade (Sampaio, 2016). O que sentem e pensam, é quase sempre imprevisível.

As relações familiares são influenciadas pelas mudanças do adolescente, tanto numa perspetiva de convergência facilitadora, como, contrariamente, num caminho dissonante com as perspetivas e expectativas do adolescente. Por outro lado, as relações que estabelecem com os colegas constituem um dos principais contextos para que os adolescentes desenvolvem características pessoais para a vida adulta e

estes desempenham uma importância crescente (Machado, 2015; Sprinthall & Collins, 2011).

Algumas características do foro biológico, social e psicológico são comuns a todos os adolescentes, no que se refere a crescimento, desenvolvimento, afirmação identitária, expressão de afetos, sexualidade, autonomia e caminho para a independência económica e início da vida profissional.

No entanto, a forma como todos estes fatores se desenvolvem e articulam entre si, varia significativamente de adolescente para adolescente (Cordeiro, 2015). A revisão sistemática da literatura através da *Scoping Review* (Apêndice 1) mostra-nos várias definições de adolescência, sendo, contudo, consensuais na panóplia de mudanças que convergem na definição da identidade, dos valores, da tomada de decisões, mesmo que frequentemente inconsequentes.

Sprinthall & Collins, (2011, p.211) descrevem o início da formação da identidade do adolescente como “um estado de descomprometimento com a vida”, em que “existem poucos, ou nenhuns, comprometimentos com alguém ou com um conjunto de crenças ou princípios”.

É importante referir que a adolescência é, por vezes, definida pela negativa; isto é, o adolescente já não é criança e ainda não é adulto. É, no entanto, um período bastante dinâmico, caracterizado pela ocorrência de múltiplas oportunidades a vários níveis, que contribuem para a formação de ideais e definição de identidade e individualidade (Cordeiro, 2015).

Eisenstein (2005, p.6) considera a adolescência como um “período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive”.

A adolescência é, pois, um importante período de desenvolvimento, caracterizado por um progressivo declínio do impacto dos pais, e um correspondente aumento da influência da rede de pares, com as consequentes pressões diretas e indiretas de índole variável, condicionadoras de condutas e opções. A natural convicção da invulnerabilidade face a opções comprometedoras da saúde característica do período de adolescência, pode ser amplificada por pressões externas, conduzindo, não raramente, à adoção de comportamentos de risco. É pois essencial que a família, e a comunidade educativa estejam atentas a estes fenómenos de interferência externa no percurso do adolescente.

É por isso uma altura privilegiada para a implementação de ações dirigidas a este grupo. De acordo com a OE (2012) cabe ao enfermeiro promover a autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde; assim como prevenir situações disruptivas ou de risco acrescido.

1.2- Vulnerabilidade acrescida

Apesar de ser um dos períodos mais importantes na vida do ser humano, senão mesmo o mais importante, a adolescência é também um tempo de grande vulnerabilidade às influências externas (Cordeiro, 2015). Vaz Serra (2007) expõe a ideia que uma pessoa vulnerável é aquela que tem a perceção de estar submetida a perigos, de carácter interno ou externo sobre os quais não tem controlo suficiente que lhe permitam sentir-se segura.

O termo vulnerabilidade é derivado do Latim (*vulnerare* quer dizer ferir), e, refere-se à possibilidade de que a pessoa pode ser ferida/magoada, isto é passível de sofrer dano. Todos nós somos vulneráveis, pois estamos, a qualquer momento da nossa vida, estar sujeitos a sofrer um acidente, uma incapacidade, um sem fim de situações imprevistas que podem surgir. No entanto, os recursos que cada um de nós dispõe, de ordem interna ou externa, e que nos dão capacidades que nos permitem controlar a situação e assim se proteger, diminui a vulnerabilidade a que estamos sujeitos (Rogers 1997; Morais, 2010).

O grau de vulnerabilidade do indivíduo, em qualquer circunstância, tende a ser influenciado por fatores externos e internos. A vulnerabilidade acrescida engloba três dimensões: a individual (fatores de risco, estilo de vida); a social (acesso a fontes de informação, meios, recursos disponíveis e capacidade para enfrentar dificuldades); e a política/institucional (família, escola, serviços), (Rogers, 1997). Cada uma destas dimensões é influenciada por fatores modificáveis e não modificáveis, constituindo estes os que devem ser privilegiados como áreas de intervenção no sentido da modulação das vulnerabilidades constatadas.

Competência cultural e resiliência são dois conceitos que devemos ter presentes quando prestamos cuidados, em especial às populações vulneráveis. Ao oferecer cuidados diferenciados e personalizados, deverão ser tidos em conta os referenciais culturais, as crenças e as atitudes da população alvo, de forma influenciar positivamente todo o processo de planeamento em saúde (Chesnay,

2012, p. 34). Cuidados de enfermagem culturalmente competentes exigem preparação e treino (Moita, 2016).

Cuidar de populações vulneráveis implica um conhecimento adequado da população, na esfera dos hábitos, costumes, crenças e valores, de modo a identificar as áreas fortes e menos fortes dessa mesma população.

As crianças e os adolescentes, face a todas as transformações a que estão sujeitos, são considerados indivíduos mais vulneráveis face aos consumos nocivos, pois não possuem a competência para decidir, são legalmente incapazes, ou seja, não possuem autonomia para fazer escolhas racionais (Moraes, 2010). No entanto, ser vulnerável não significa ser incapaz, mas sim que está mais exposto e desprotegido.

Se os adolescentes estiverem esclarecidos e compreenderem a importância da adoção de comportamentos/estilos de vida saudáveis, a sua vulnerabilidade é contrariada e tende a diminuir. É importante capacitá-los, de modo a que sejam capazes de desenvolver comportamentos adaptativos que lhes permitam contrariar os fatores de risco a que estão sujeitos e que podem influenciar a sua saúde, e consequentemente a sua qualidade de vida.

Um projeto de intervenção de enfermagem comunitária estruturado, culturalmente adequado e centrado na comunidade, pode melhorar o estado de saúde das populações mais vulneráveis e capacitar estes grupos para a promoção da saúde (Stanhope e Lancaster 2011).

1.3 - Consumo de álcool na adolescência

Como já foi referido, a adolescência é um período altamente propício ao início da experimentação do álcool, bem como de outras substâncias ilícitas. No entanto não nos podemos esquecer que as bebidas alcoólicas fazem parte da nossa sociedade, e que os adolescentes crescem a ter contacto diário com diversos estímulos direcionados para o consumo de álcool, nomeadamente através dos pais e familiares (celebrações festivas, são regra geral acompanhadas de bebidas alcoólicas) e também através dos meios de comunicação (revistas, televisão, publicidade). Todo este estímulo é “largamente superior às eventuais referências aos efeitos nocivos e às consequências do álcool” (Cordeiro, 2016, p.174).

Portugal tem acompanhado a tendência Europeia no que diz respeito à idade com que se inicia a experimentação. Estudos europeus referem que o início do consumo de álcool é, em média, entre os 12 anos e os 13 anos de idade (ESPAD 2016). Portugal tem acompanhado a tendência europeia, com os adolescentes a referirem que tiveram o primeiro contacto com o álcool antes dos 13 anos (ECATD_CAD 2016).

A elevada prevalência do consumo de álcool entre os adolescentes, assim como as alterações ao nível dos padrões de consumo constituem uma ameaça ao seu bem-estar físico e psíquico.

O consumo de álcool na adolescência assume particular importância, devido à vulnerabilidade a que os mesmos estão expostos. Ao nível de desenvolvimento biológico, em que o processo de maturação do Sistema Nervoso Central não está desenvolvido o suficiente, causando alteração na capacidade de degradação do álcool, e provocando danos cerebrais e deficits neuro cognitivos com impacto na aprendizagem e desenvolvimento intelectual dos adolescentes (Barroso, 2012 ; Lourenço 2014).

Por outro lado, a evidência tem vindo a demonstrar que o início precoce de consumo de álcool está associado a comportamentos de risco, tais como absentismo escolar, comportamentos agressivos, acidentes de viação e consumo de outro tipo de drogas (Zeigler et al, 2005; Barroso, 2012; Rodrigues, 2014; Lourenço 2014).

A desinibição sexual que contribui para facilitar a intimidade, o sentimento de pertença no grupo de pares, desafiar a família, principalmente os pais e viver experiências intensas, são alguns dos motivos que nos podem ajudar a compreender como a bebida entra aos poucos na vida dos adolescentes (Sampaio, 2006; Dias, 2014; Barroso, 2012).

É este o ponto de partida para uma intervenção pensada e estruturada, essencialmente com carácter preventivo. “O discurso do malefício não é eficaz, é preciso estruturar as ações a partir do que eles nos dizem, nos diferentes contextos onde os encontramos” (Sampaio, 2006, p. 184).

De acordo com dados do último estudo realizado em Portugal (ECTAD 2016), os dois principais problemas relacionados com o consumo de álcool são: o consumo regular excessivo e quotidiano de bebidas alcoólicas, e a ingestão de grandes quantidades por ocasião de consumo que ocorre num curto espaço de tempo, como

seja por exemplo, ingerir uma garrafa de vinho ou cinco ou mais bebidas padrão por ocasião, durante uma saída noturna (*binge drinking*). Ambas as situações causam ou provocam agravamento dos problemas de saúde e sociais, aumentando as probabilidades de lesões para o consumidor ou para terceiros.

Existem outros fatores de risco para um maior consumo de bebidas alcoólicas entre os adolescentes, sendo eles: ter pai ou mãe alcoólicos; início da ingestão antes dos 15 anos; ter comportamentos antissociais desde cedo, ter pais que criticam tudo e não promovem a auto estima; insucesso escolar; entre outros (Cordeiro 2009).

Também a legislação sofreu alterações, no sentido de considera-se necessária a implementação de melhores medidas de proteção dos menores no que diz respeito ao acesso a bebidas alcoólicas. O Decreto-Lei n.º 106/2015 de 16 de junho (Anexo 1), veio alterar o Decreto-Lei n.º 50/2013, de 16 de abril, definindo que a venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público, proibindo a prática destas atividades relativamente a menores de idade. Facultar bebidas alcoólicas a menores passa a ser objeto de coima.

1.4 - Saúde Escolar

A Saúde Escolar em Portugal, começa a ter contornos efetivos desde a aprovação da Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei nº 46/86), em 1986, em que a escola assume funções na formação pessoal e social dos alunos, tornando-se promotora de projetos de desenvolvimento quer ao nível pessoal quer ao nível social, tais como os projetos de educação para a saúde.

A Carta de Ottawa, em 1986, tem um papel fundamental, no desenvolvimento da Saúde escolar, através do reconhecimento de que a saúde é gerada e vivida pelas pessoas nos vários espaços que compõe o seu dia-a-dia. Isto é, a interação entre os ambientes e as pessoas, cria um padrão de saúde do indivíduo, da família, da escola e da comunidade.

Portugal integrou a Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde (REEPS), em 1994. Atualmente, esta rede é denominada de Schools for Health in Europe (SHE) - Escolas Promotoras de Saúde. A SHE é uma plataforma europeia para a Promoção da Saúde na Escola, e funciona em parceria interinstitucional entre Saúde e Educação, que conduziu a uma implementação da promoção e educação para a

saúde em meio escolar. Tem por base uma metodologia de trabalho por projeto, tendo como ponto de partida as necessidades reais e efetivas da população escolar. Portugal é um dos 46 membros aderentes/participantes.

Esta rede europeia é caracterizada por uma forte aposta no desenvolvimento de processos de ensino e aprendizagem que visam a melhoria dos resultados académicos, contribuindo para elevar o nível de literacia para a saúde e deste modo melhorar o estilo de vida de toda a comunidade educativa (PNSE, 2015).

Pretende-se que uma escola promotora da saúde seja uma escola capaz de fortalecer a sua capacidade em criar um ambiente saudável para a aprendizagem, e promover um espaço em que todos os membros da comunidade educativa trabalhem, em conjunto, com o intuito de proporcionar aos alunos, professores e funcionários, experiências e estruturas integradas e positivas que promovam e protejam a saúde. Torna-se fundamental “a abordagem global da escola e o reconhecimento de que todos os aspetos da vida da comunidade escolar são potencialmente importantes para a promoção da saúde” (IUHPE, 2009, p. 2).

A escola não se resume apenas um contexto de aprendizagens formais, mas também, e não menos importante, proporciona e desenvolve fenómenos como a socialização e outras aprendizagens de diversos níveis, nomeadamente de conduta afetiva, social e ética.

As escolas promotoras de saúde ajudam os países a atingir as metas e os objetivos das políticas da OMS para a saúde e o bem-estar. “O desenvolvimento de competências socio emocionais ajuda os alunos a tornarem-se mais resilientes, permite-lhes reconhecer as suas próprias emoções e a maneira mais adequada de lidar com elas e gerir de forma mais responsável a tomada de decisões, sejam relacionadas com a sua saúde ou com a sua vida” (PNSE, 2015, p.10).

Promover a saúde na escola constitui uma forma privilegiada de promover a saúde da comunidade” (Sousa, 2013, p.105) tornando-a mais saudável e forte na sua globalidade. Kaur et al (2014) e Midford (2012), demonstraram a existência de uma relação entre o conhecimento adquirido e as atitudes positivas e preventivas acerca da saúde.

De acordo com o PNSE 2015, estão preconizadas várias áreas de intervenção, no âmbito da capacitação da comunidade educativa, tendo em vista a promoção da saúde a vários níveis: saúde mental e competências socio emocionais; educação para os afetos e a sexualidade; alimentação saudável e atividade física; higiene

corporal e saúde oral; hábitos de sono e repouso; educação postural; prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância.

Os estabelecimentos de ensino, são espaços que acompanham as crianças e os jovens nas primeiras fases do ciclo vital e onde estes passam a maior parte dos seus dias. As escolas são responsáveis pela segurança e bem-estar dos seus alunos, funcionando como elo de ligação entre eles e as suas famílias, os diversos serviços de saúde e a comunidade (Dias,2013).

As unidades de saúde locais, nomeadamente as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), desempenham, neste âmbito, um papel estratégico e fundamental no sentido de dinamizarem parcerias com as escolas na concretização de projetos de educação para a saúde.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, tem um papel preponderante na promoção da saúde na comunidade escolar, e desenvolvimentos destes projetos. De acordo com a OE (2011) estes profissionais devem: dinamizar programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diversos contextos; e participar em parceria com outras instituições da comunidade em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade.

É sabido que a infância e a adolescência são períodos do ciclo vital marcados por grande vulnerabilidade, sendo representados por fases em que o ser humano está a crescer e a desenvolver-se, tanto física como intelectualmente, exigindo desta forma atenções redobradas. Deste modo, é de elementar importância, haver uma atuação concertada dos cuidados de saúde primários ao nível da escola, local onde as crianças e adolescentes passam a maior parte do seu tempo, e trabalham na edificação dos seus conhecimentos e saberes.

1.5 - Enfermagem na Comunidade e Intervenção Comunitária

Promover a saúde das populações, envolvendo todos os parceiros sociais que podem ter corresponsabilidade na mesma, e gerir os recursos, por vezes escassos de uma forma eficaz pode ser refletido em ganhos em saúde para essas populações. Neste âmbito, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública (EEECSP), tem como foco “ a saúde e a sua prevenção. A ênfase primária reside nas estratégias de promoção e manutenção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente prevenção primária e secundária” (Stanhope e Lancaster, (2011, p.10).

Todos os profissionais de saúde devem, de certa forma, estar envolvidos na promoção da saúde. No entanto os enfermeiros são, por excelência o grupo profissional que mais destaque tem neste campo de intervenção, não só pela proximidade que têm com as comunidades mas acima de tudo pelo enfoque que colocam no modelo de cuidados centrado no cliente, o que lhes permite adequar as intervenções às reais necessidades do cliente.

De acordo com a OE (2011), o EEECSPP tem um papel fundamental neste processo, pois detém as competências necessárias para coordenar e implementar programas de saúde que envolvam os vários sectores da comunidade: a saúde, a educação, as redes sociais, os diferentes departamentos das autarquias e outros, que visam a capacitação de grupos e comunidades.

Deste modo o EEECSPP está capacitado para desenvolver uma prática de cuidados que se pretende globalizante e centrada na comunidade. De acordo com a OE (2010), estes profissionais detêm um conhecimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, bem como uma elevada capacidade para responder de forma adequada às diferentes necessidades dos diversos clientes (pessoas, grupos ou comunidades), proporcionando deste modo ganhos efetivos em saúde.

Partindo deste pressuposto, é possível afirmar que este trabalho contribuiu para desenvolvimento de competências ao nível da avaliação do estado de saúde de uma comunidade, baseado na metodologia de planeamento em saúde.

Os dados obtidos na avaliação do estado de saúde deste grupo foram estruturados conceptualmente no Modelo de Promoção de Saúde (Pender, et al, 2015) que possibilitou uma organização e orientação para a prática de cuidados, tal

como aponta a OE (2010, p.4), ao acrescentar que o EEECSPP “usa modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde”.

O papel do enfermeiro EEECSPP na escola é fundamental, pois permite-lhe contribuir para a melhoria da qualidade de vida da comunidade educativa. Sousa e Trindade (2013, p.113) defendem que “são as equipas de saúde escolar que combatem diariamente a luta por melhores condições de vida da população da sua área de intervenção, propiciando situações de ajuda, colaboração e apoio”.

Deste modo, o EECSP desenvolve a sua ação, predominantemente, na promoção da saúde e tem um papel privilegiado na proximidade com os adolescentes o que lhe possibilita uma avaliação e identificação de crenças, comportamentos e atitudes destes face ao consumo de substâncias nocivas.

Baseando-se nos dados obtidos através do diagnóstico de situação, planeia e desenvolve a sua intervenção no sentido de capacitar os adolescentes para que as suas tomadas de decisão sejam promotoras de saúde (Pender, et al, 2015). Atua e põe em prática projetos com o objetivo de “promover discussões, estimular debates técnicos e apresentar a sua perspetiva em relação aos processos de saúde e doença, além de fortificar as relações sociais entre os profissionais da educação e da saúde” (Rasche e Santos, 2013, p.609).

No fundo todos estes pontos assentam no foco que OE (2011), coloca na intervenção do EEECSPP na comunidade. É o campo onde estes profissionais desenvolvem a sua ação, através da criação de projetos de saúde de grupos, comunidade e população, com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva, e ao exercício da cidadania.

1.6 – A Enfermagem Comunitária na Promoção da Saúde - Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

A “entidade” promoção da saúde começa a ganhar consistência na Conferência de Alma Ata em 1978, a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, organizada pela OMS. O conceito de saúde, passa a englobar os determinantes socioeconômicos e socioculturais, reafirmando-o como um direito humano fundamental, para além disso, enfatiza a responsabilização dos governos pela saúde dos cidadãos e o direito à participação da população nas decisões no campo da saúde. Esta conferência estabeleceu como meta “saúde para todos no ano 2000” e reafirma a importância que têm os Cuidados de Saúde Primários na concretização dessa mesma meta.

As conclusões e recomendações de Alma Ata constituíram uma motivação em termos da promoção da saúde, o que originou a realização da primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, em 1986, cujo produto final foi a Carta de Ottawa, a qual se tornou “*desde então, um termo de referência básico e fundamental no desenvolvimento das ideias de promoção da saúde em todo o mundo*” (Buss, 2000, p170). Na Carta de Ottawa, o conceito promoção da saúde é definido como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” e de atingirem um “estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Mas para que tal aconteça é necessário que os indivíduos e as comunidades adquiram competências para “identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio”.

A saúde é considerada como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida, ou seja, como uma dimensão imprescindível para promover o desenvolvimento social, económico, pessoal e, também, a qualidade de vida dos indivíduos.

Estes princípios definidos na Carta de Ottawa, têm sido ao longo dos tempos reforçados e difundidos enfatizando o compromisso de saúde para todos, e continuam a nortear e orientar as políticas e as intervenções de todos os profissionais envolvidos na área da promoção da saúde.

Outras conferências e encontros internacionais se seguiram, sempre com o intuito de consolidar e aperfeiçoar os princípios definidos em Ottawa. São alguns

exemplos: A Conferência de Adelaide, em 1988 na Austrália (Estabelecer Políticas Públicas Saudáveis); A Conferência de Sundsvall, em 1991 na Suécia (Criar meios favoráveis à Saúde); A 4ª Conferência internacional de Promoção da Saúde - A Declaração de Jacarta, em 1997 na Indonésia (Responder aos desafios da Promoção de Saúde no século XXI); A 5ª Conferência internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em 2000 na Cidade do México no México (Promoção da Saúde como prioridade de todas as Políticas) e finalmente a 8ª Conferência internacional para a Promoção da Saúde, em 2013 em Helsínquia na Suécia que teve como foco Saúde em Todas as Políticas.

Portugal tem procurado nortear as suas políticas, tendo por base alguns destes pressupostos. Seguir as recomendações emanadas tem sido uma preocupação dos governos visível ao longo dos anos, não sendo, no entanto, de forma consistente. É necessária uma estratégia pensada, organizada e bem definida, que mobilize os vários setores da sociedade, através da criação de programas educacionais com o grande objetivo de contribuir para “a melhoria dos estilos de vida individuais, influenciando escolhas pessoais realizadas num contexto sociais”, como refere Frank-Stromborg citado por Martins (2005, p.6).

Aplicado à Enfermagem, o Modelo de Promoção da Saúde, de Nola Pender, preconiza uma abordagem biopsicossocial no contacto com a pessoa, em que os enfermeiros têm uma oportunidade única de assumir a liderança na promoção de mais e melhor saúde para a comunidade.

Promover e estimular mudanças de comportamentos relacionados com a saúde, aumentar comportamentos saudáveis e reduzir comportamentos de risco para a saúde, são o grande desafio do Enfermeiro (Pender et al., 2015).

Este modelo permite implementar e avaliar ações de promoção da saúde, avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pela inter-relação de três pontos principais:

1 - Características e experiências individuais, que engloba comportamentos anteriores, que podem ser mudados e os fatores pessoais, que se dividem em: Biológicos (idade, habilidades), Psicológicos (autoestima, motivação) e Socioculturais (educação, rendimento). Estes fatores são preditores de um dado comportamento e moldados pela natureza do comportamento-alvo a ser considerado (Tomey e Alligood, 2002).

2 - Sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar a pessoa tem percepção sobre os benefícios e barreiras do comportamento de promoção de saúde; sentimentos em relação ao comportamento; influências interpessoais (família, pares, profissionais de saúde, ou normas e modelos sociais) Influências situacionais (estímulos ambientais podem facilitar ou impedir determinados comportamentos em saúde).

3 - Resultado do comportamento, em que se estabelece um compromisso com o plano de ação; Exigências imediatas e preferências (baixo controlo sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, enquanto que as preferências pessoais exercem um alto controlo sobre as ações de mudança de comportamento; e o desenvolvimento de comportamento de promoção de saúde (como resultado da aplicação do Modelo de Promoção de Saúde). Apresenta-se em anexo (Anexo 2) o diagrama deste modelo adaptado para a situação concreta.

Na adolescência, é fundamental intervir na prevenção de comportamentos aditivos, para além da promoção de estilos de vida saudáveis, através da capacitação dos adolescentes para fazerem escolhas saudáveis. Este é um processo que requer crescimento e desenvolvimento individual.

É sabido que as pessoas se comprometem e adotam comportamentos de promoção da saúde mais facilmente se observarem esse comportamento nas pessoas que lhe são significativas e que as apoiam. A família, o grupo de pares, os profissionais de saúde e o contexto podem influenciar, de forma positiva ou negativa, a adoção de comportamentos de saúde.

Nos últimos anos, uma série de estudos têm surgido de forma a identificar os resultados que podem ser obtidos, pela intervenção autónoma dos enfermeiros demonstrando que a enfermagem faz a diferença no cuidado das pessoas, nos seus processos de vida, nas transições que se operam nesses processos e também nas suas experiências de doença.

Educar para a saúde é criar condições para que o individuo ou grupo, adquiram informações e competências que lhes permitam alterar atitudes através de escolhas saudáveis com o objetivo de modificarem eventuais comportamentos de risco. Neste sentido as mudanças ocorrem, quando no processo de Educação para a Saúde (EPS) os interesses e necessidades dos mesmos, são considerados e valorizados envolvendo-os neste processo como atores principais, que se querem ativos e participantes.

2 - METODOLOGIA

Na elaboração deste trabalho foi utilizada a metodologia do planeamento em saúde. Planear em saúde representa, para Tavares (1990, p.29), um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessário para atingir objetivos determinados de acordo com as prioridades estabelecidas. Esta dinâmica possibilita, assim, a opção entre as várias alternativas disponíveis, e consequente intervenção nas causas dos problemas de saúde, através da promoção da saúde e prevenção de doenças, induzir mudanças no comportamento das populações (Imperatori & Giraldes, 1993).

Os mesmos autores (1993, p.44) defendem que “o diagnóstico da situação de saúde funcionará como justificação das atividades e como padrão de comparação no momento da avaliação”, sendo pois, determinante para avaliar as metas atingidas através das intervenções implementadas.

Outra vertente do planeamento em saúde é a sua capacidade de desencadear atitudes de recusa face a uma determinada situação, com o intuito de se obter uma nova situação com características mais favoráveis à sociedade em geral ou a um determinado grupo específico (Nunes, 2016, p. 15). O mesmo autor conclui que planear pode ser um percurso dinâmico no processo de escolher o que fazer no presente para se atingir o futuro desejado.

Deste modo é fundamental o recurso a esta ferramenta com o objetivo de construção de um percurso bem sedimentado que permita alcançar de forma eficiente os objetivos que nos propomos.

Imperatori & Giraldes (1993, p.23), definem o planeamento da saúde como “a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários e implicando a coordenação de esforços provenientes de vários sectores socioeconómicos”.

De acordo com a metodologia proposta por Imperatori e Giraldes (1993), são várias as fases do Planeamento em Saúde:

1 - Diagnóstico da situação, cujo principal objetivo é identificar os principais problemas de saúde e respetivos fatores condicionantes;

2 - Definição de prioridades, a fase em que se efetua uma seleção dos problemas que serão resolvidos, utilizando diversos critérios como a dimensão do problema, a transcendência socioeconómica ou a vulnerabilidade;

3- Fixação de objetivos em que o objetivo será o enunciado do resultado desejável, modificando a tendência. Deverá ser bastante rigorosa, pois é imprescindível na avaliação de resultados;

4 - A seleção de estratégias permite escolher um conjunto de formas de atuação, através de técnicas específicas coerentes para alcançar os objetivos delineados;

5 - Elaboração de programas e projetos com um estudo detalhado das atividades necessárias à execução, tendo em conta os recursos disponíveis;

6 - A preparação da execução é de extrema importância para o bom êxito do programa, especificar responsabilidades de execução, elaboração de cronogramas, fluxogramas ou calendários;

7 - A avaliação a curto e médio prazo. Consiste na procura constante dos melhores resultados para a atividade em curso. No final da avaliação, é necessário regressar à primeira fase do planeamento, atualizando o diagnóstico da situação e as fases seguintes.

Neste capítulo será apresentada a descrição pormenorizada de cada uma destas etapas.

2.1- Diagnóstico da Situação de Saúde

A elaboração do diagnóstico da situação de saúde é a primeira etapa do Planeamento em Saúde, que deverá corresponder às necessidades de saúde das populações e definirá a pertinência do plano, programa ou atividades (Tavares, 1990, p. 51).

Só após a fixação do diagnóstico será possível iniciar e fundamentar as atividades, sendo essencial na determinação das fases seguintes (Imperatori e Giraldes, 1993). Quanto mais preciso e concreto for o diagnóstico, mais adequadas serão as intervenções a desenvolver, e logo mais eficaz será o resultado. Nunes (2016) considera a etapa inicial crucial no caminho a percorrer, afirmando que “Não se pode decidir até onde se quer chegar se não se souber onde se está” (2016, p.30).

O mesmo autor refere que ao elaborar o diagnóstico de situação, está implícita a realização de um desenho dos recursos existentes na comunidade, humanos, materiais e financeiros. O enfermeiro deverá identificar o perfil da população alvo, que influencia o comportamento de saúde, antes de programar a sua intervenção (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015).

O percurso efetuado até chegar ao diagnóstico de situação teve início em maio de 2017. Para a consecução desse objetivo foram realizadas diversas reuniões com vários peritos (Diretores de turma; Direção da Escola; Professores responsáveis pelo Projeto de Educação para a Saúde – PES e com os alunos do 7º ano de Escolaridade). Nessas reuniões foi expressa por todos a necessidade de abordar a prevenção do consumo do álcool.

Para o diagnóstico da situação, foi aplicado um questionário, dividido em duas partes, com o intuito de obter a caracterização sociodemográfica e conhecimentos acerca do álcool.

2.1.1 - Contextualização do Local de Intervenção

O município do Seixal tem cerca de 95 km² de superfície, e é composto pelas freguesias de Amora, Corroios, Fernão Ferro e Seixal, englobando esta última as localidades de Arrentela e Aldeia de Paio Pires. Está situado na Península de Setúbal e tem atualmente cerca de 184 mil habitantes (Censos 2011). Durante a década de 60 verificou-se um crescimento significativo do Município do Seixal, que pode ser explicado pela proximidade aos centros geradores de trabalho, bem como a oferta de habitação própria a preços bastante mais acessíveis a um conjunto de cidadãos com menos recursos económicos. Foram também ocupados alguns terrenos onde se construíram espaços habitacionais, sem a presença de infraestruturas fundamentais, tais como equipamentos sociais, espaços verdes e saneamento básico. Assim cresceu o fenómeno do isolamento social e clandestinidade de alguns territórios.

A Quinta da Boa Hora, zona na localidade de Arrentela, na qual se insere a Escola Básica NUN'ÁLVARES é considerada um território vulnerável, com zonas degradadas, espaços pouco valorizados, bairros camarários e construções clandestinas. A sua população é maioritariamente oriunda de antigos processos

migratórios provenientes de ex. colónias portuguesas, principalmente São Tomé, Cabo Verde, Angola e Guiné Bissau.

Segundo os censos de 2011 referentes ao concelho do Seixal, os núcleos compostos por famílias monoparentais representam 16,6%, enquanto a média nacional atinge os 14,9%. Na antiga freguesia da Arrentela esse valor era de 18,5%, acima da média do concelho e da média nacional.

A escola onde foi desenvolvida a intervenção de enfermagem foi a Escola Básica NUN'ÁLVARES, integrada no agrupamento de escolas homónimo, situada na Arrentela, no concelho do Seixal. Este agrupamento é composto por cinco estabelecimentos de ensino com níveis de escolaridade que se situam entre o pré-escolar/jardim-de-infância e o 3º ciclo do ensino básico. Dispõe ainda de uma oferta de percursos curriculares alternativos e cursos vocacionais para o 3º ciclo.

Os estudantes que frequentam este estabelecimento de ensino são oriundos de uma zona do Município do Seixal considerada vulnerável e desafiante, devido à grande multiculturalidade, pobreza/carências económicas (baseado no nº elevado de população abrangida pelo RSI) e maior densidade populacional (Relatório do Conselho Municipal de Segurança). De acordo com o relatório do Conselho Municipal de Segurança, o perfil socioprofissional das famílias mostra maior incidência em profissões do setor produtivo e terciário. Destaca também o elevado número de beneficiários do ASE (cerca de 60% da população escolar), sendo que a grande maioria (aproximadamente 80%) é beneficiária do Escalão A.

A Escola Básica NUN'ÁLVARES é uma escola abrangida pelo programa TEIP2 (Territórios Educativos de Intervenção Prioritária), desde fevereiro de 2010. O Programa TEIP é uma iniciativa governamental implementada atualmente em 137 agrupamentos de escolas/escolas não agrupadas que se localizam em territórios económica e socialmente desfavorecidos. Estes territórios, tendencialmente marcados pela pobreza e exclusão social, apresentam níveis elevados de violência, a indisciplina e abandono / insucesso escolar. São objetivos centrais do programa a prevenção e redução do abandono escolar precoce e do absentismo, a redução da indisciplina e a promoção do sucesso educativo de todos os alunos.

Neste sentido torna-se pertinente uma intervenção nesta comunidade, caracterizada pela diversidade cultural, e pelos baixos índices de escolarização (nº significativo de indivíduos com o 1º ciclo como escolaridade máxima). Estes fatores têm um impacto considerável no aumento de dificuldades ao nível da apropriação

sociocultural e psicossocial, e consequentemente passíveis de tornar os indivíduos mais vulneráveis ao consumo de substâncias psicoativas (Rogers, 1997).

Tendo por base o PNRCAD (2013-2020) e PNSE (2015) é essencial planejar intervenções, não só pedagogicamente adequadas ao nível de ensino, mas também fundamentadas na evidência científica. A prevenção do consumo de álcool constitui parte integrante do currículo do ensino básico e secundário. A formação deve ir muito para além da identificação dos riscos, sendo imprescindível promover o debate sobre as suas causas e consequências. A intervenção comunitária desenvolvida, teve início no 7º ano, acompanhou os estudantes no 8º e irá acompanhá-los, através da UCC, no 9º ano de escolaridade.

2.1.2 - População, População Alvo e Amostra

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993, p. 49) a descrição da população é um dos elementos fundamentais, para a caracterização do diagnóstico de situação. Uma população é um conjunto de pessoas que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. Segundo Fortin (2009, p.311), a população alvo “é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações”.

A amostra deverá ser representativa da população em questão, ou seja, as características da população devem estar presentes na amostra selecionada (Fortin, 2009).

A técnica de amostragem deste estudo é não probabilística (amostragem de conveniência, intencional ou acidental) uma vez que cada elemento da amostra não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra” A amostra acidental ou de conveniência é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos”. (Fortin,2009, p.321).

A amostra não probabilística pode não se representativa da população em estudo (Marôco, 2014), o que não permite a inferência dos resultados, (Fortin,2009). No entanto a mesma autora defende que em estudos exploratórios, o tamanho da amostra poderá ser reduzido.

Foram definidos como critérios de inclusão idade compreendida entre os 12 e 16 anos, devidamente autorizados a participar no estudo, pelos encarregados de educação, mediante consentimento informado livre e esclarecido (Apêndice 2).

Como critério de exclusão, opta-se por todos os alunos que não preencheram o questionário na totalidade. A população participante foram os estudantes da Escola Básica NUN'ÁLVARES, enquanto a população alvo foram os alunos do 8º ano. A amostra foi composta por todos os estudantes das 3 turmas do 8º ano da Escola NUN'ÁLVARES, que cumpriram os critérios de inclusão e não apresentaram nenhum critério de exclusão, num total de 50 estudantes.

Optou-se por esta amostra por ser a idade de maior risco de exposição a consumos nocivos, assim como por ser a faixa etária por excelência para a mudança de comportamentos (PNSE, p.24).

2.1.3 - Instrumentos, Técnicas e Procedimentos de Recolha de Dados

Para delinear um projeto de intervenção era fundamental saber quais os conhecimentos que os estudantes tinham sobre o álcool. Esse dado foi obtido através do Questionário de Conhecimentos acerca do álcool (QCAA) (Anexo 3).

Este é um questionário da autoria da Professora Doutora Teresa Barroso, a quem solicitei autorização para aplicação do mesmo (Apêndice --).

O instrumento de recolha de dados utilizado, está dividido em duas partes, a primeira parte (Apêndice 3) construída para este efeito através da qual se pretende elaborar a caracterização sociodemográfica e hábitos de vida, com o intuito de analisar algumas variáveis como: idade, género, agregado familiar (pais, irmãos, familiares), situação laboral dos pais, tipo de habitação e benefício de subsídio escolar, bem como experiências anteriores e atuais ao nível do consumo de álcool.

A segunda parte é composta pelo questionário QCAA e pretende avaliar os conhecimentos que os estudantes têm acerca desta temática.

O QCAA é um questionário de preenchimento individual, constituído por 40 itens com resposta dicotómica, verdadeiro ou falso, que tem por objetivo avaliar os conhecimentos úteis acerca do álcool, existindo 21 afirmações verdadeiras (1, 2, 3, 7, 8, 10, 12, 13, 17, 19, 21, 25, 26, 27, 30, 33, 35, 37, 38, 39, 40) e 19 falsas (4, 5, 6, 9, 11, 14, 15, 16, 18, 20, 22, 23, 24, 28, 29, 31, 32, 34, 36). A pontuação varia de 0 a 40 pontos, atribuindo às respostas verdadeiras 1 ponto, e às falsas 0 pontos.

Após terem sido cumpridos os pressupostos formais e éticos, o instrumento de recolha/colheita de dados foi aplicado a 50 alunos das três turmas do 8º ano da Escola Básica NUN'ÁLVARES, no período compreendido entre 21 e 26 de setembro

de 2017. O instrumento foi aplicado de forma direta em sala de aula, a todos os estudantes, cujos encarregados de educação deram autorização para o seu preenchimento. A média de preenchimento do instrumento foi cerca de 35 minutos.

Os dados recolhidos foram introduzidos e tratados com recurso aos programas *SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences)* versão 24 e *Microsoft EXCEL* 2010.

Depois de trabalhados os dados, e através do recurso à análise estatística, torna-se necessário estruturar a informação numérica medida num determinado número de participantes, de modo a alcançar um desenho global das variáveis medidas na amostra de modo a determinar se as relações observadas entre as variáveis numa amostra são, ou não generalizáveis à população de onde esta foi tirada (Fortin, 2009).

Este é um estudo considerado descritivo, exploratório e transversal. Os estudos descritivos permitem a caracterização do estado de saúde de uma comunidade através da recolha de dados, o que neste caso específico foi feito através do preenchimento de um questionário. É transversal porque o comportamento das variáveis medidas e as correlações que possam existir são mensuradas num determinado momento.

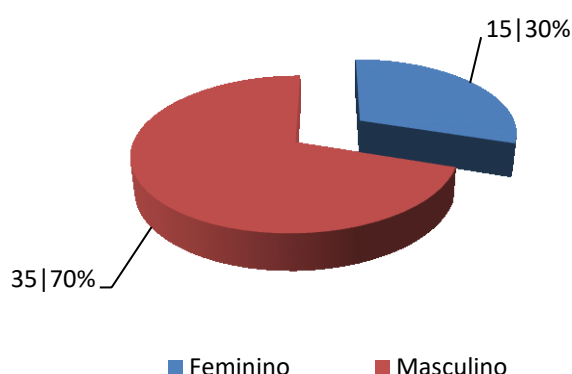
As variáveis utilizadas de ordem qualitativa, são medidas numa escala nominal, tal como o género e ordinal (familiar com o qual coabita). De acordo com Marôco (2014, p.7) “as variáveis qualitativas são variáveis cuja escala de medida apenas indica a sua presença em categorias de classificação discreta, exaustivas e mutuamente exclusivas”. Por outro lado, as variáveis quantitativas, tais como o número de bebidas ingeridas numa mesma ocasião, são variáveis cuja escala de medida (intervalar ou de razão) permite a ordenação e quantificação de diferenças entre as mesmas.

Foi também utilizada a análise de correlação para estudar o grau de associação entre as variáveis, a correlação de Spearman, que relaciona escalas ordinais. “O modelo correlacional usa-se quando se pretende saber o grau de correlação ou associação entre duas variáveis, manipuladas ou observadas” (Azevedo, 2003. P.121). Ou também quando não é possível realizar uma regressão linear, “uma das alternativas é realizar uma análise de correlação não paramétrica, a análise de correlação de Spearman” (Almeida, 2017,p.170).

2.1.4 - Apresentação e Análise dos Resultados

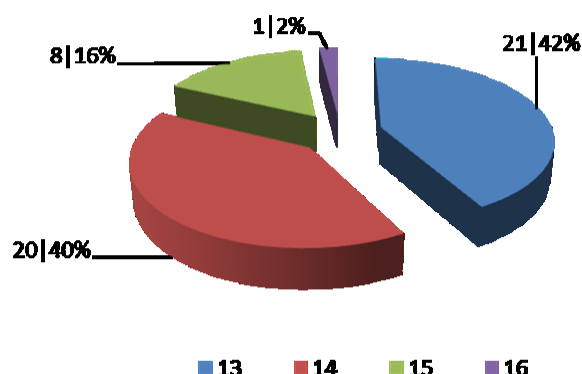
Nesta análise serão apresentados alguns dos dados mais relevantes para a caracterização da população e identificação de problemas. Em apêndice (Apêndice V) será apresentada na íntegra, a totalidade de dados que compõem a caracterização sociodemográfica da amostra.

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes por sexo



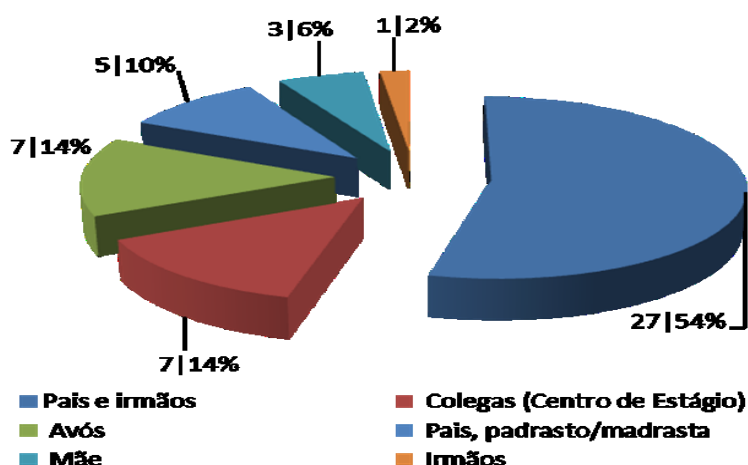
O sexo/gênero é uma variável qualitativa nominal, avaliada por uma escala nominal. A população da amostra é majoritariamente constituída pelo gênero masculino, 70%.

Gráfico 2 - Distribuição dos participantes por idade



A idade é uma variável quantitativa contínua, avaliada numa escala de razão. Constatou-se que a maioria dos participantes se encontra na faixa etária dos 13 anos 42% e dos 14 anos 40%.

Gráfico 3 – Distribuição dos participantes por familiares ou outros com quem vive

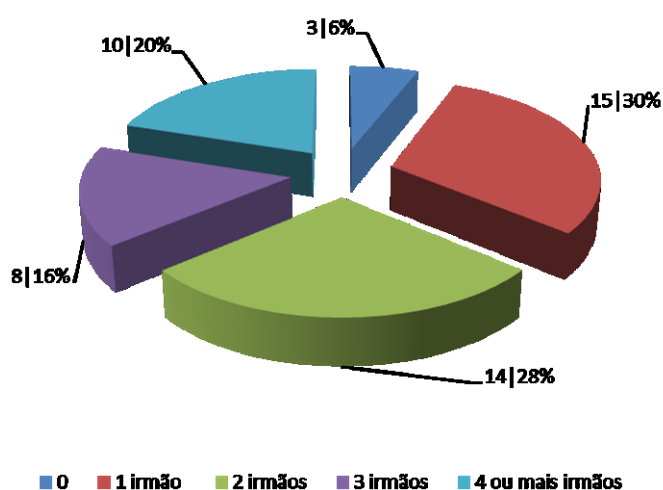


O familiar com o qual coabita é uma variável qualitativa ordinal, medida numa escala ordinal. A maioria vive com os pais e com os irmãos 54%. No entanto destaca-se uma percentagem importante (14%) de crianças que vivem com um dos progenitores e outro membro da família (padrasto, madrastra e ou avós), o que vai ao encontro dos do INE, no concelho do Seixal em os núcleos compostos por famílias monoparentais estão acima da média do concelho e da média nacional.

Também as crianças que vivem longe de casa, no Centro de Estágio do Sport Lisboa e Benfica (SLB), representam uma parte importante da amostra (14%).

Seja qual for a tipologia da família, é importante ou mesmo indispensável que esta esteja em sintonia com a instituição escolar, uma vez que a relação harmoniosa só pode enriquecer e facilitar o desempenho educacional das crianças (Marcolan, 2013). Podemos concluir que a presença de família, não só estimula e fortalece os laços sociais mas tem também um papel preponderante no combate à vulnerabilidade (Rogers 1997).

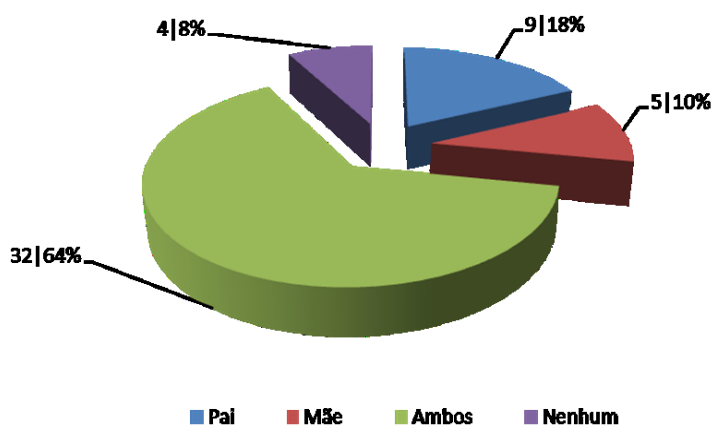
Gráfico 4 – Distribuição dos participantes quanto ao número de irmãos



O número de irmãos é uma variável qualitativa ordinal, medida numa escala ordinal. 30% dos participantes têm um irmão, no entanto dois ou mais irmãos constituem 64% da amostra. 6% são filhos únicos.

Esta elevada percentagem poderá estar relacionada com aspetos culturais, uma vez que a grande maioria dos alunos são naturais de vários países, maioritariamente de Países Africanos de língua oficial portuguesa.

Gráfico 5 – Distribuição dos participantes quanto à situação laboral dos pais

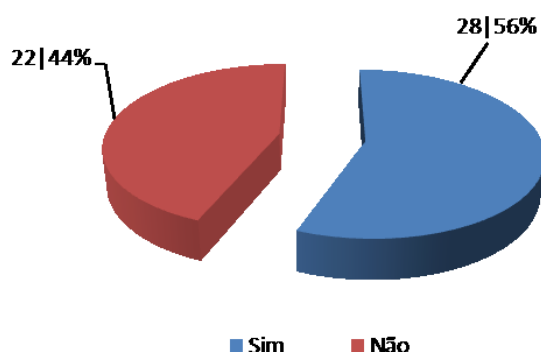


A situação laboral dos pais é uma variável qualitativa ordinal, medida por uma escala ordinal. Ao contrário do que seria esperado, uma vez que a escola se encontra num território considerado vulnerável, composto por famílias carenciadas,

cerca de 64% dos pais trabalham ambos. No entanto em 28% apenas um dos progenitores trabalha e em 8% das famílias ambos os pais estão desempregados.

É importante destacar o elevado número de beneficiários do ASE, cerca de 60% da população escolar, sendo que a grande maioria (aproximadamente 80%) é beneficiária do Escalão A.

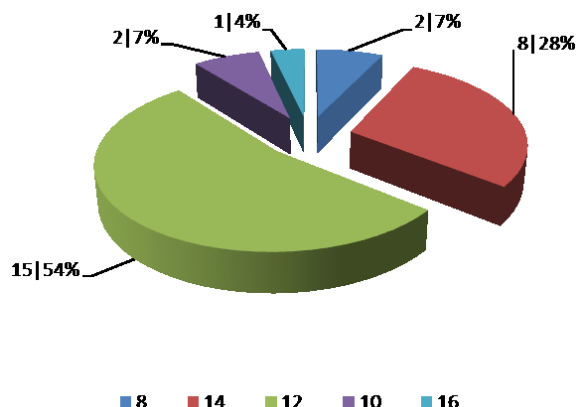
Gráfico 6 – Distribuição dos participantes quanto à experimentação de bebidas alcoólicas



A experiência de bebidas alcoólicas é considerada uma variável qualitativa dicotômica, medida por uma escala nominal (sim ou não). A maioria dos participantes, 56% refere já ter experimentado, enquanto 44% refere nunca ter consumido este tipo de bebidas.

Não nos podemos esquecer que as bebidas alcoólicas fazem parte da sociedade, e que a maioria dos jovens que respondeu afirmativamente a esta questão, referiu tê-lo feito acompanhado pelos pais e ou outros familiares, em dias festivos inseridos num contexto social considerado normal.

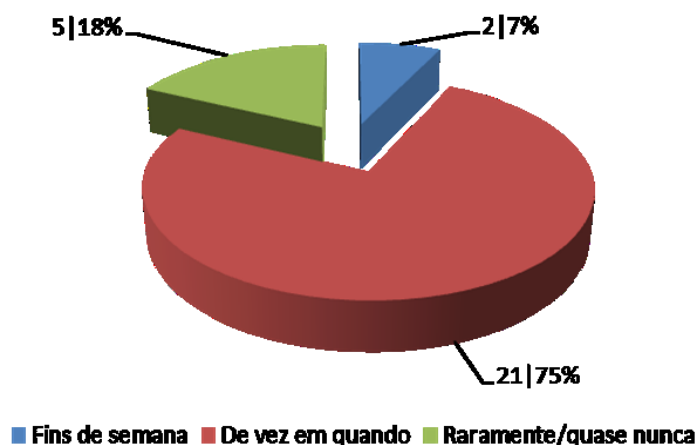
Gráfico 7 – Distribuição dos participantes quanto à idade da primeira experiência com bebidas alcoólicas/primeiro consumo



A idade no primeiro consumo é uma variável qualitativa ordinal, medida por uma escala ordinal. A faixa etária onde se verificou maior percentagem, 53,6% foi dos 11-12 anos. É de salientar que 7,1% dos alunos iniciou o consumo entre os 7 e os 8 anos de idade.

Estes dados vão ao encontro dos valores nacionais, que referem que os primeiros consumos ocorrem cada vez cedo. O consumo de álcool em idades precoces é considerado duplamente preocupante: se por um lado o sistema biológico do adolescente não está maturo, comprometendo a capacidade de degradação do álcool, e provocando danos cerebrais e *deficits* neurocognitivos com impacto na aprendizagem e desenvolvimento intelectual; por outro lado, existe a evidência de que o início precoce de consumo de álcool está associado a comportamentos de risco como a violência, acidentes, absentismo escolar e o risco para o uso de outras drogas (Zeigler et al, 2005; Barroso, 2012; Rodrigues, 2014; Lourenço 2014).

Gráfico 8 – Distribuição dos consumos de acordo com a frequência de ingestão

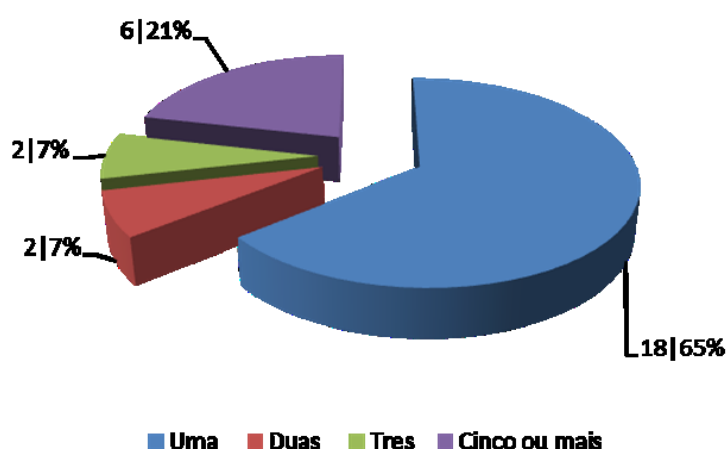


A frequência de ingestão é uma variável qualitativa ordinal, medida por uma escala ordinal. O padrão de consumo mais presente, 82%, é o consumo esporádico.

Uma nota importante a referir é que 29% dos adolescentes, refere já ter ficado embriagado.

Este resultado está em consonância com alguns estudos recentes (ECATD, 2015), que têm demonstrado a existência de padrões de consumo de alto risco de bebidas alcoólicas, como a embriaguez e o consumo ocasional excessivo (*binge drinking*).

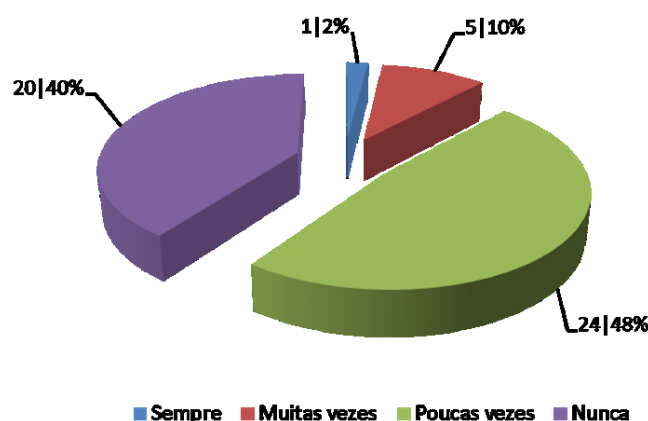
Gráfico 9 – Distribuição dos consumos de acordo com o nº de bebidas ingeridas numa mesma ocasião



O número de bebidas ingeridas numa mesma ocasião é uma variável quantitativa, medida por uma escala de intervalos. A maioria dos inquiridos, 65%, refere que na mesma ocasião apenas consome uma bebida. No entanto, cerca de 21% dos inquiridos refere consumir cinco ou mais bebidas. A DGS (2017) define *binge drinking* o consumo de 5 ou mais bebidas alcoólicas (4 para o sexo feminino) numa única ocasião.

Mais uma vez o panorama nacional reflete-se nesta amostra, onde se verifica a ingestão de grandes quantidades por ocasião de consumo num curto espaço de tempo, como seja por exemplo, ingerir uma garrafa de vinho ou cinco ou mais bebidas padrão por ocasião, durante uma saída noturna. Este fenómeno de *binge drinking*, está identificado no estudo ECATD, 2015.

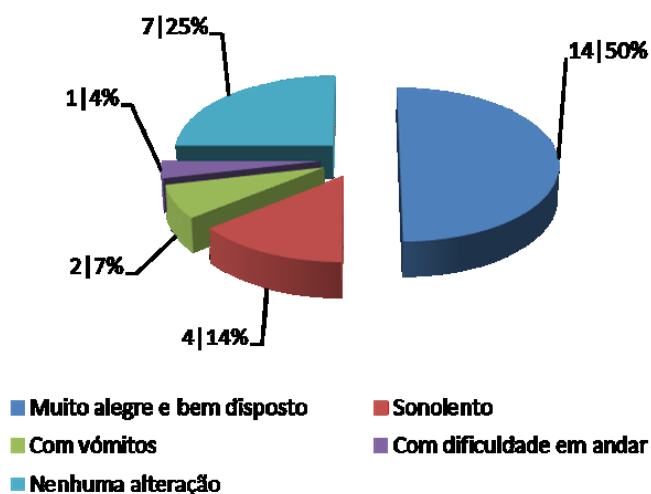
Gráfico 10 – Distribuição dos participantes de acordo com o sentimento de solidão



Cerca de 60% dos adolescentes inquiridos manifestam sentimento de solidão, o que nesta faixa etária é bastante preocupante. Este aspeto poderá estar relacionado com o sentimento de não pertença a determinado grupo ou o facto de não serem populares nesse meio (Ferreira, 2013). Estes resultados vão ao encontro do estudo HBSC, divulgados no PNRPLA - Plano nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool (2012, p. 21) ao referir que “os jovens que já experimentaram, bem como os consumidores regulares e abusivos de álcool, apresentam um perfil de afastamento em relação à família, à escola e ao convívio com os colegas em meio escolar”.

A pertença a um grupo é francamente benéfica, pois promove as competências emocionais. A falta de amigos ou de grupo de pares pode levar a que surjam sentimentos de solidão, que podem dar origem a comportamentos de risco se for proveniente de uma rejeição social (Matos e Sampaio, 2009).

Gráfico 11 – Distribuição dos participantes de acordo com o que sentem ao ingerir álcool



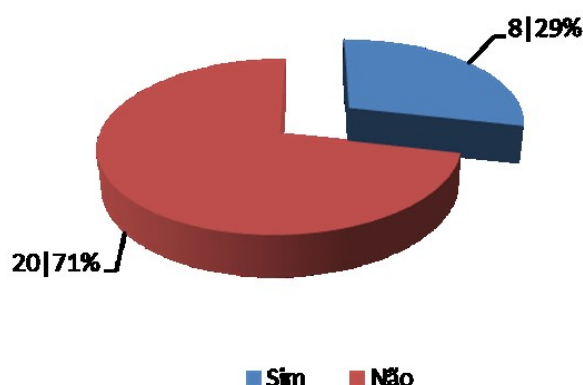
O sentimento presente após a ingestão de álcool, é considerado uma variável qualitativa ordinal, medida por uma escala ordinal.

Metade dos participantes descreve que após o consumo de bebidas alcoólicas sente uma sensação de alegria e boa disposição.

Num estudo recente, realizado por Tavares (2013) os alunos relatam essencialmente diversão e alegria, sendo esta um dos efeitos que o álcool mais exerce sobre os jovens. Também Barroso, Mendes e Barbosa (2013, p.470) consideram que “o álcool promove sensações positivas e que propicia o estar à

vontade com os outros, sobretudo sentir-se mais sensual, mais corajoso e mais criativo”. Cordeiro (2016) corrobora estes resultados elencando sensação de relaxamento, de bem-estar, alegria e mais confiança, como respostas aos motivos que levam os jovens a consumirem álcool.

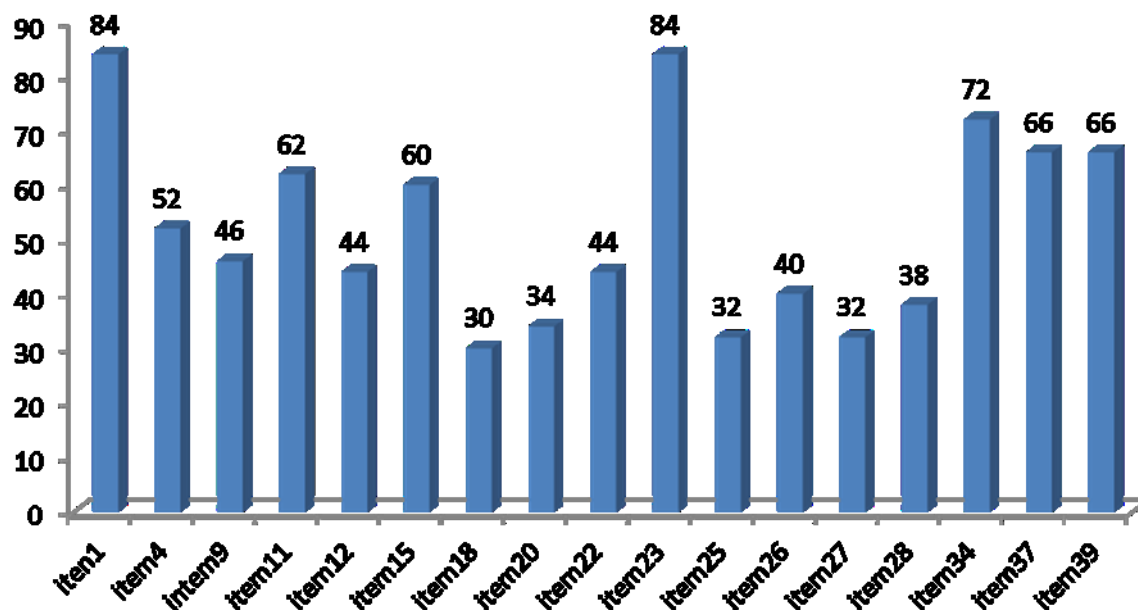
Gráfico 12 – Distribuição dos participantes de acordo com experiência de embriaguez



Cerca de 30% dos estudantes inquiridos já tiveram experiência de embriaguez. De acordo o PNRCAD (2013/2020 p.30) considera-se embriaguez como “ficar a cambalear, com dificuldade em falar, vomitar, e/ou não recordar depois o que aconteceu”.

A DGS (2017) definiu Intoxicação alcoólica aguda como condição transitória após administração de álcool, resultando em perturbação cognitiva, da consciência, da percepção, do comportamento ou de outras funções psicofisiológicas. Pode caracterizar-se de acordo com a apresentação clínica em leve em que se verifica alteração do humor com desinibição, euforia e/ou verborreia ou moderada a grave sempre que existe alteração do estado consciência e do exame neurológico.

Gráfico 13- Distribuição de respostas erradas do QCAA, com percentagem superior a 30%



Como já foi referido o QCAA é um questionário de preenchimento individual, constituído por 40 itens com resposta dicotómica, verdadeiro ou falso, que tem por objetivo avaliar os conhecimentos úteis acerca do álcool, existindo 21 afirmações verdadeiras e 19 falsas.

Os 40 itens do QCAA são considerados variáveis qualitativas dicotómicas, medidas por uma escala nominal (verdadeiro e falso). Quanto aos resultados, verificou-se que uma percentagem elevada de estudantes (igual ou superior a 30%) respondeu erradamente a 17 dos 40 itens (1, 4, 9, 11, 12, 15, 18, 20, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 34, 37, 39). Destes 18 itens 7 apresentaram uma percentagem de respostas incorretas igual ou superior a 60% (1, 11, 15, 23, 34, 37, 39) e o destaque vai para 2 itens com respostas incorretas superiores a 80% (1 e 23).

A análise de dados mostrou também níveis elevados e preocupantes, de défice de conhecimento acerca do álcool, não só no que diz respeito aos efeitos farmacológicos do álcool, ação e consequências no organismo, mas também através da presença de ideias acerca do álcool que estão ligadas a mitos e falsos conceitos.

A maioria dos estudantes inquiridos desconhece que o álcool das bebidas alcoólicas é álcool etílico (84%), ou como se processa a sua metabolização, julgando que é no estomago junto com alimentos (62%). Questões como os efeitos do álcool variam consoante se é do sexo feminino ou masculino (66%) e causa dependência tal como as drogas (44%) revelam que os estudantes não estão

esclarecidos sobre os perigos do álcool no organismo e suas consequências, o que pode conduzir a uma diminuição da percepção dos riscos associados ao consumo Barroso (2012).

Verificou-se também a existência de ideias acerca do álcool que estão ligadas a mitos e falsos conceitos, tais como o álcool aquece (72%), o álcool estimula as pessoas e faz com que estas se sintam sempre bem-dispostas (38%) ou quando se mistura água ou refrigerantes com bebidas alcoólicas diminui-se a quantidade de álcool (60%).

Foram encontradas correlações de Spearman, estatisticamente significativas, entre algumas variáveis:

- ✓ Correlação estatisticamente significativa e positiva entre as variáveis sexo e sentir-se só ($\rho = 0,421$; $p < 0,01$; $n=50$). Verifica-se que são as raparigas que se sentem mais sós.

- ✓ Correlação estatisticamente significativa e negativa entre as variáveis e o nº de bebidas ingeridas e sentir-se só ($\rho = -0,281$; $p < 0,05$; $n=50$). A leitura que podemos fazer é que quem bebe mais sente-se menos só, por outro lado, quem bebe menos apresenta com maior frequência sentimento de solidão.

- ✓ Correlação estatisticamente significativa e positiva entre as variáveis embriaguez e com quem partilha os problemas ($\rho = 0,283$; $p < 0,05$; $n=50$). Quem já se embriagou é quem não partilha os problemas com ninguém, ou seja, pode estar associado ao sentimento de solidão.

Face aos resultados obtidos, foram detetados os seguintes problemas, que constituem o diagnóstico de situação de saúde, sobre o qual se pretendeu intervir:

- ✓ Conhecimento deficiente em relação ao álcool e efeitos do seu consumo no organismo;
- ✓ Conhecimento deficiente em relação aos mitos e ideias erróneas acerca do álcool;
- ✓ Vulnerabilidade acrescida para o comportamento aditivo alcoolismo, relacionado com o sentimento de solidão referido por vários estudantes.

2.1.5 - Diagnósticos de Enfermagem

Todos os dias milhares de enfermeiros a trabalhar por todo o mundo, produzem, recebem e processam uma enorme quantidade de informação. No

entanto essa informação deve ser organizada e estruturada de modo poder contribuir para a excelência dos cuidados de enfermagem. Este foi o ponto de partida para a criação e desenvolvimento da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), promovida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN).

O recurso à ferramenta CIPE permite estabelecer uma linguagem comum para descrever a prática de enfermagem que melhore a comunicação entre os enfermeiros e entre os enfermeiros e os outros profissionais. “A CIPE é uma terminologia resultante de consensos que representa o que os enfermeiros observam (diagnósticos e resultados de Enfermagem), bem como as ações empreendidas para resolver problemas de saúde (intervenções de Enfermagem)” (Ordem dos Enfermeiros, 2016. P.13).

Ao longo dos anos sofreu múltiplas atualizações, desde a antiga Versão Alfa (1995) até à mais recente Versão 2015, em que foram adicionados novos conceitos e otimizados outros tantos.

A utilização da linguagem CIPE tem contribuído para o desenvolvimento da profissão de Enfermagem, não só através da uniformização e otimização de conceitos que por si só ajudam na clarificação dos cuidados e consequente melhoria imediata, mas também através da produção e construção de indicadores, que permitam demonstrar os ganhos efetivos em saúde a nível dos cuidados de enfermagem.

Um diagnóstico de Enfermagem, de acordo com a CIPE, é um rótulo atribuído por um enfermeiro que toma uma decisão acerca do doente após uma avaliação criteriosa acerca de um determinado fenómeno (OE, 2016). Na sua elaboração deve incluir um termo do Eixo do Foco e um termo do Eixo do Juízo, ou mais termos adicionais de outros eixos, de acordo com a necessidade (OE, 2016).

Após a reunião de todos estes pressupostos e de acordo com a CIPE versão2, foram elaborados os seguintes Diagnósticos de Enfermagem:

- ✓ Conhecimento sobre abuso do álcool comprometido, por perceção diminuída acerca dos efeitos farmacológicos, ação e consequências do álcool no organismo;
- ✓ Conhecimentos sobre abuso do álcool comprometido, por manifestação de ideias erróneas ligadas a mitos e/ou falsos conceitos.
- ✓ Risco de abuso de álcool relacionado com dificuldades relacionais,

sociais e/ou afetivas.

A elaboração dos diagnósticos de enfermagem permitiu adquirir experiência numa das competências incluídas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública: G1.1- “Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade” (RCEEEECSP, 2010, p3).

2.2 - Definição de Prioridades

Terminada a etapa em que se estabeleceu um diagnóstico de situação e foram definidos os diagnósticos de enfermagem, procede-se a uma hierarquização os problemas a resolver e, conseqüentemente determinação de prioridades. Nesta etapa do planeamento em saúde, são selecionados os problemas de saúde que serão resolvidos (Imperatori & Giraldes, 1993). De acordo com Nunes (2016) a hierarquização traduz, habitualmente, a gravidade dos problemas de saúde de uma determinada comunidade.

A definição de prioridades diz respeito ao processo de tomada de decisão. Permite uma eficiente utilização dos recursos, ao apontar quais os problemas nos quais se pode e deve intervir, ajudando a estabelecer a ordem pela qual se deve atuar (Tavares, 1990).

Imperatori e Giraldes (1993), descrevem esta etapa, como a fase em que se efetua uma seleção dos problemas que serão resolvidos, utilizando diversos critérios como a dimensão do problema ou magnitude, a transcendência socioeconómica ou a vulnerabilidade.

Para Nunes (2016) na definição de prioridades é fundamental ter em consideração duas dimensões importantes no planeamento, o horizonte temporal em que decorrerá a intervenção e o conjunto de recursos existentes.

Na dimensão temporal a programação é fundamental. A utilização de um cronograma de atividades é neste sentido, uma ferramenta essencial. O tempo que limita a intervenção terá necessariamente de ser tido em conta. “As prioridades de um plano a longo prazo não serão necessariamente idênticas às de um plano a médio ou a curto prazo” (Imperatori e Giraldes 1993,p. 64).

Em relação aos recursos disponíveis (humanos, materiais e financeiros) é fundamental que estes sejam claros e bem definidos desde o início do planeamento, caso contrário poderão comprometer a intervenção.

Na análise, dos problemas identificados, foi considerado o juízo científico da enfermeira Susana Santos, mestre em Enfermagem Comunitária e coordenadora da UCC do Seixal, e fundamentada com base no descrito por Benner (2001), que define perito como todo aquele enfermeiro que suporta a sua ação a partir da experiência e da compreensão intuitiva das situações. Esta autora utiliza como exemplo o modelo de Dreyfus & Dreyfus (1980) que descreve cinco níveis de atuação (iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito) na aquisição e desenvolvimento de competências.

O enfermeiro perito é considerado um modelo pelos mais jovens, e deverá ser consultado quando se pretende uma opinião diferenciada ou uma avaliação mais avançada que implique uma tomada de decisão rápida e global.

Através da experiência e do domínio, a competência transforma-se de modo a promover mudanças, e são estas mudanças que conduzem a melhores desempenhos e conseqüente melhores cuidados de enfermagem prestados. Apesar de terem surgido apenas três diagnósticos de enfermagem, foi decidido proceder, na mesma, a uma hierarquização destes problemas, procurando a ordenação dos mesmos.

De entre as várias técnicas existentes para definição de prioridades, optou-se pela utilização da Comparação por Pares. “Esta técnica permite a concentração sobre dois problemas de cada vez, sendo cada um comparado com todos os outros” (Tavares 1990, p. 97). Entre cada par escolhe-se qual o problema mais importante, e atribui-se um ponto. No final, após todos os pares serem comparados entre si o problema que obtiver mais pontos é selecionado como o mais importante, e assim sucessivamente até ao último problema (Apêndice 6). Esta técnica está indicada quando o número de problemas é baixo.

Apresentam-se de seguida os três diagnósticos de enfermagem devidamente hierarquizados que, sendo distintos, estão claramente interrelacionados:

Quadro 1 - Ordenação dos problemas de saúde de acordo com a prioridade

Ordem dos problemas	Problemas
1º	Conhecimento sobre abuso do álcool comprometido, por percepção diminuída acerca dos efeitos farmacológicos, ação e consequências do álcool no organismo
2º	Conhecimentos sobre abuso do álcool comprometido, por manifestação de ideias erróneas ligadas a mitos e/ou falsos conceitos
3º	Risco de abuso de álcool relacionado com dificuldades relacionais, sociais e/ou afetivas

Considera-se que terminada esta etapa do planeamento em saúde, foi adquirida a competência: G1.2: “Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade” (RCEEEECSP, 2010, p3).

2.3 - Fixação de Objetivos

A metodologia do planeamento em saúde dita que após a priorização dos diagnósticos encontrados, seja concretizada a elaboração de objetivos. Os objetivos correspondem aos resultados que pretendemos obter para a população alvo.

Esta é uma etapa fundamental em todo o processo da intervenção comunitária, uma vez que apenas mediante uma exata fixação de objetivos se poderá proceder a uma correta avaliação dos resultados obtidos (Imperatori & Giraldes, 1993).

De acordo com Tavares (1990), na elaboração dos objetivos deverão estar incluídos 5 elementos: a natureza da situação desejada; os critérios de sucesso ou fracasso; a população-alvo; a área de aplicação; a delimitação temporal.

Com base nestes pressupostos foi fixado um objetivo geral, detalhado em vários objetivos específicos, com uma função decisiva na orientação da intervenção e avaliação. Deste modo foi definido como objetivo geral:

✓ Contribuir para a promoção de saúde na escola através da prevenção do consumo de álcool, nos alunos do 8º ano da Escola Básica NUN'ÁLVARES, entre outubro de 2017 e fevereiro de 2018.

De acordo com o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, a capacitação é fortalecida através da aquisição e modificação de conhecimentos, atitudes e competências, onde se destacam as influências interpessoais e situacionais passíveis de interferir nos hábitos dos adolescentes (Pender, 2015).

Foram então definidos os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Capacitar os alunos para a escolha de estilos de vida saudáveis;
- ✓ Sensibilizar os alunos para a importância dos efeitos nocivos do álcool;
- ✓ Estimular o relacionamento e o desenvolvimento de sentimento de pertença entre os alunos e entre estes e a comunidade escolar.

Imperatori e Giraldes definem objetivo de um problema de saúde como “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema” (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p. 79), que deverá ser expresso em termos de indicadores de resultado ou de impacto.

Nesta metodologia, têm particular interesse os indicadores de processo ou atividade, que expõem a quantificação das atividades realizadas, e os indicadores de resultado ou impacto, que traduzem as alterações verificadas, como os ganhos em saúde (OE, 2007; Tavares, 1990).

Na sequência dos objetivos anteriormente descritos, foram definidas metas ou objetivos operacionais, que são enunciados dos resultados desejáveis convertidos em indicadores de processo, que devem ser exequíveis e com mensuração a curto prazo (Tavares, 1990).

Com base nestes pressupostos foram definidas as seguintes metas ou objetivos operacionais:

1 - Aumentar os conhecimentos acerca do álcool, reduzindo a percentagem de respostas erradas do QCAA: nos itens 1, 11, 15, 23, 34, 37 e 39 inferior a 50%; nos itens 4, 9, 12, 22, 26, e 28 inferior a 40%; e nos itens 18, 20, 25 e 27 inferior a 30%

2 - Contribuir para a capacitação dos alunos e para o desenvolvimento de competências cognitivas, afetivas e psicomotoras, com participação e satisfação nas sessões de EpS de 80%;

3 – Contribuir para a capacitação dos alunos e do desenvolvimento de competências cognitivas, afetivas e psicomotoras, através da participação de 60% dos alunos na elaboração do trabalho de grupo;

4 - Promover o relacionamento e o sentimento de pertença entre os alunos e também entre estes e a restante comunidade educativa, através da participação de pelo menos 50% dos alunos das turmas do 8º ano, diretores de turma, membros da Direção da Escola, da UCC e restantes funcionários escolares.

Foram também definidos como indicadores de atividade ou execução: a taxa de adesão à intervenção comunitária, a taxa de participação e satisfação nas várias atividades (sessão de educação para a saúde e trabalho de grupo).

2.4 - Seleção de Estratégias

Depois de definidos e priorizados os objetivos, há que preparar a sua operacionalização. Para que tal aconteça é necessário que se proceda à escolha de uma ou várias estratégias de atuação.

A seleção de estratégias constitui o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 87).

Devem ser planeadas e aplicadas de forma inovadora e criativa de modo a alcançar na plenitude os objetivos previamente definidos (Imperatori e Giraldes, 1993). Ser criativo na seleção de estratégias é fundamental, e para isso é necessário conhecer detalhadamente o problema em questão, para que se possam delinear novas formas de abordagem do problema tendo em vista a sua resolução (Tavares, 1990).

Nunes (2016) considera que o plano de elaboração e seleção de estratégias deve ser o mais detalhado possível, para que estas possam ser mais facilmente compreendidas. É necessário especificar e pormenorizar a estratégia para que não existam dúvidas sobre a sua aplicabilidade.

O que por vezes se verifica nesta etapa do planeamento, é que uma estratégia para resolver um problema de saúde não tem de ser necessariamente uma estratégia respeitante ao domínio restrito dos Serviços de Saúde. Em várias situações diz respeito a serviços diferentes, no pelouro de outros ministérios, mas que apresentam uma importância fundamental para a resolução dos problemas identificados.

Selecionar uma estratégia, de entre várias alternativas, implica segundo Tavares (1990) uma reflexão sobre alguns parâmetros tais como: recursos humanos

e financeiros, potenciais obstáculos e formas de os ultrapassar, pertinência e vantagens e inconvenientes.

Quando falamos na qualidade em saúde, assume-se que esta constitui uma tarefa multidisciplinar/multiprofissional, e sendo o enfermeiro parte fundamental dessa equipa, não se pode negligenciar a esforços na obtenção da mesma.

“Hoje os profissionais de saúde têm que prestar contas sobre o que fazem, sobre as razões de fazerem o que fazem, sobre os resultados que as populações podem obter com o que fazem e no final quanto é que tudo isto custa” (Amaral, 2010, p.97). Antes dos anos 90 não havia forte evidência científica de que a profissão de enfermagem fazia a diferença nos cuidados de saúde.

Nos últimos anos, uma série de estudos têm surgido de forma a identificar os resultados que podem ser obtidos, pela intervenção autónoma dos enfermeiros demonstrando que a enfermagem faz a diferença no cuidado das pessoas, nos seus processos de vida, nas transições que se operam nesses processos e também nas suas experiências de doença.

A OMS defende que é fundamental capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, para que sejam capazes de se prepararem para combater as doenças crónicas e eventuais incapacidades. A OMS (1998) entende educação para a saúde (EPS) como uma combinação de experiências de aprendizagem que tenham por objetivo ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento dos conhecimentos ou influenciando as suas atitudes.

No fundo esta definição acaba por ir ao encontro da Carta de Ottawa, no sentido da sua operacionalização, como sendo “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar”.

Educar para a saúde é criar condições para que o indivíduo ou grupo, adquiram informações e competências que lhes permitam alterar atitudes através de escolhas saudáveis com o objetivo de modificarem eventuais comportamentos de risco. Neste sentido as mudanças ocorrem, quando no processo de EPS os interesses e necessidades dos mesmos, são considerados e valorizados envolvendo-os neste processo como atores principais, que se querem ativos e participantes. No fundo, pretende-se que os alunos sejam capazes de assumir um compromisso de ação que os leve a adotar um comportamento promotor de saúde (Pender, 2015).

Barroso et al (2003, p.18) introduzem ao conceito o papel social e político ao,

entenderem EPS como: “um conceito associado ao de promoção da saúde, alcança uma definição mais ampla como um processo de capacitação das pessoas proporcionado por uma abordagem socioeducativa que assegure conhecimento, habilidades e formação da consciência crítica para tomar uma decisão pessoal com responsabilidade social, incluindo políticas públicas e reorganização de serviços”.

Para melhor compreendermos este processo, é importante distinguirmos os conceitos de educação e aprendizagem. Stanhope e Lancaster (2011, p.306) consideram educação como “um processo que consiste criar e proporcionar acontecimentos que facilitem a aprendizagem” e definem aprendizagem como “o processo de obter conhecimento e mestria”.

Motivar e envolver os indivíduos no seu processo de ensino/aprendizagem é estratégia fundamental para obter resultados positivos, já que pedagogicamente é reconhecida a constatação de que os indivíduos aprendem melhor quando estão motivados, como refere Redman (2003, p.7): “Nas situações de ensino-aprendizagem, a motivação relaciona-se com a vontade que a pessoa tem para aprender”.

A motivação intrínseca e o empenho de cada indivíduo, constituem vias imprescindíveis para se atingir as metas desejadas, mas as estratégias de educação para a saúde contribuirão seguramente para a consolidação dos princípios estruturantes nessa modificação de atitudes e comportamentos.

A estratégia de educação para a saúde desenvolvida neste projeto de intervenção comunitária, está em sintonia com as estratégias de ação preconizadas na Carta Europeia sobre o Álcool (1995), apresentada em anexo (Anexo 3), nomeadamente nos pontos 1 e 9:

1. Todas as pessoas têm direito a uma família, uma comunidade e uma profissão protegida de acidentes, de violência e outras consequências negativas devidas ao consumo de álcool.

9. Apoiar as organizações não-governamentais e movimentos de solidariedade social a promover modelos de vida saudáveis, sobretudo os modelos que previnam ou reduzam os efeitos nocivos do consumo do álcool.

A EPS pode dividir-se em três tipos, se tivermos em conta a sua orientação, liderança e o seu desenvolvimento.

A EPS de 1ª geração é denominada de informativa, em que os profissionais de saúde divulgam informações de forma autoritária impondo normas para a obtenção

de uma boa conduta de saúde, ou seja, estabelecem uma transmissão de conhecimentos com intenção prescritiva.

É uma forma de EPS baseada no modelo biomédico na divulgação de conhecimentos, de forma expositiva e unidirecional. As explicações visam sobretudo os aspetos biológicos da doença e não são suficientes para alterar comportamentos.

A EPS de 2ª geração está centrada no comportamento, isto é tem como objetivo obter comportamentos saudáveis. E para que tal aconteça os profissionais de saúde consideram a pessoa como um elo no processo. Depende essencialmente de fatores sociais e/ou culturais, motivação da pessoa envolvida a existência ou não de resistência face aos instrumentos educativos, tendo estes a capacidade de serem persuasivos para a mudança.

Esta EPS consiste numa abordagem adaptativa, com uma visão redutora da pessoa em que mais uma vez a informação podenão parece ser suficiente para mudar comportamentos.

Por último a EPS de 3ª geração baseia-se numa orientação crítica, e apresenta uma perspetiva que implica algumas mudanças sociais.

O grande objetivo da EPS de 3ª geração é a promoção da saúde dirigida a grupos e comunidades sob o foco de influenciar quer o ambiente quer as instituições comunitárias.

Este modelo implica uma construção coletiva, que procura conjugar pessoas com práticas comunitárias, em que os profissionais de saúde entendem a educação como um processo formativo. Barroso (2003, p.36) reforça este parecer ao destacar o objetivo deste modelo: “ênfatisa o desenvolvimento de ações coletivas no

ambiente e nos fatores relacionados aos agravos, questionando o conceito de responsabilidade estritamente individual na manutenção da saúde. Há neste modelo uma ideia de interação aquando da utilização de ações coletivas, e entre os seus tipos de orientação está a escolha do grupo que se organiza em torno de uma demanda específica”.

Surge então a necessidade de introduzirmos um novo conceito. O conceito de Literacia em Saúde, que de acordo com a OMS (1998) engloba um conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde.

Podemos assim definir Literacia como a capacidade para tomar decisões em saúde fundamentadas, no decurso da vida diária seja em casa, na comunidade, no

local de trabalho, na utilização do sistema de saúde e no contexto político. Ao reunir essas competências e capacidades, mais facilmente possibilita o aumento do controlo das pessoas sobre a sua saúde e a sua capacidade para procurar informação de modo a assumir responsabilidades contribuindo assim para a tomada de decisão assente na sua vontade e em consciência.

A literacia em saúde depende de alguns fatores, essencialmente relacionados com características pessoais do indivíduo, como sejam: a motivação e o interesse por novos conhecimentos; a sua autoestima e autoeficácia; e a sua própria capacidade crítica e a perceção de controlo e de intenção que coloca no agir.

O enfermeiro tem um papel fundamental na promoção da literacia em saúde, uma vez que, através das suas intervenções, pode mudar o comportamento das pessoas, bem como incentivar uma adequada utilização do sistema e dos recursos de saúde existentes na comunidade. Carvalho e Carvalho (2006, p.40) destacam a intervenção do enfermeiro, ao defenderem que “os enfermeiros estão atualmente a assumir papéis vitais na promoção da saúde” e “a promoção de atitudes e comportamentos saudáveis tornou-se um dos componentes do atendimento de enfermagem em todos os contextos da prática profissional”.

Pretende-se aumentar os benefícios percebidos, resultantes da adoção de hábitos de vida saudáveis, nomeadamente no consumo de álcool, diminuir as barreiras percebidas ou as dificuldades antecipadas na escolha desses hábitos e melhorar a autoeficácia percebida (Pender, 2015), face à capacidade dos alunos para realizar o compromisso estabelecido.

A seleção das estratégias consideradas mais adequadas para responder aos objetivos previamente estabelecidos, permitiram o desenvolvimento de mais uma competência do enfermeiro especialista G1.3- “Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas” (RCEEEECSP, 2010, p3).

2.5 - Preparação Operacional - Programação

Nesta etapa do planeamento em saúde, o ponto de partida deverá ser a descrição detalhada das atividades que constituem este projeto, e que foram previamente definidas em função dos objetivos operacionais estabelecidos (Tavares, 1990).

A descrição detalhada das atividades a realizar nesta fase de planeamento consiste em: definir mais especificamente os resultados a obter com o projeto; elaborar uma lista de atividades do projeto e descrever como cada uma delas deve ser executada; determinar as necessidades em recursos ao longo do tempo e estabelecer um calendário detalhado da execução do projeto (Imperatori & Giraldes, 1993).

De modo a possibilitar uma compreensão da relação temporal com as atividades a desenvolver foi realizado um cronograma de Gantt (Apêndice 7) que de acordo com Tavares (1990) consiste numa programação que permite correlacionar duas variáveis: tempo e atividades.

De seguida serão descritas de forma sucinta as atividades, segundo uma ordem cronológica. O plano operacional com informação mais detalhada sobre cada atividade, encontra-se em apêndice (Apêndices 8,9,10).

As atividades 1,2 e 3 (Apêndice 8) foram realizadas em outubro e novembro de 2017. As datas correspondem às 3 turmas do 8º ano da Escola Básica Nun'Álvares:
Turma A – 30 de outubro;
Turma B – 10 de novembro;
Turma C – 9 de novembro.

Estas três atividades procuraram dar resposta ao seguinte objetivo operacional: aumentar os conhecimentos acerca do álcool, através da diminuição do nº de respostas incorretas no QCAA.

Estas atividades foram realizadas na escola, sob a forma de sessão de EPS (Apêndice 11) em sala de aula, na disciplina de Atividade Física e Saúde, num tempo letivo de 50 minutos. Antes da sua realização houve uma reunião com os professores de Atividade Física e Saúde, Professora Helena Pereira e Professor António Abreu, para apresentar o projeto e explicar como se iria desenvolver.

Os métodos utilizados foram o expositivo e interrogativo ativo, com recurso à técnica expositiva, brainstorming, formulação de perguntas com o intuito de promover a dinâmica de grupo.

A sessão de EPS abordou temas como: definição de bebida alcoólica, tipos de bebidas alcoólicas; o percurso do álcool no organismo e os seus efeitos nos vários órgãos; metabolização do álcool; alguns mitos e ideias erróneas acerca do álcool. No final foi ainda visualizado o vídeo “Há sonhos que morrem cedo demais – Se beberes não conduzas”.

No final de cada sessão foi distribuído um questionário de avaliação da mesma (Apêndice 12).

As atividades 4,5 e 6 foram programadas para novembro de 2017 (Apêndice 9). As datas correspondem às 3 turmas do 8º ano da Escola Básica Nun'Álvares. Previamente houve necessidade de contactar com a Professora de Educação Visual das 3 turmas do 8º ano, a professora Ana Saraiva. Foi então agendada uma reunião onde foi apresentado o projeto e solicitada a sua colaboração, para a continuação do desenvolvimento do mesmo. A professora mostrou-se desde logo muito recetiva e disponível. Foram então agendadas as seguintes atividades nas três turmas:

Turma A – 15 de janeiro 2018;

Turma B – 15 de novembro;

Turma C – 14 de novembro.

Estas sessões decorreram nas aulas de Educação Visual, em dois tempos letivos de 50 minutos consecutivos, o que fez um total de 100 minutos de aula, com uma pausa de 10 minutos.

As atividades consistiram na elaboração de um trabalho em grupo sobre a presença e o risco do álcool em alguns pilares da vida quotidiana, tais como família, escola, amigos, desporto, solidão e namoro.

Estas três atividades procuraram dar resposta ao seguinte objetivo operacional: contribuir para a capacitação dos alunos e do desenvolvimento de competências cognitivas, afetivas e psicomotoras, através da participação de 60% dos alunos na elaboração do trabalho de grupo.

Os estudantes foram convidados a agruparem-se em grupos de 4/5, e optarem por uma das temáticas propostas acima mencionadas. Depois numa cartolina de formato A3, colocaram a sua imaginação e criatividade. Foi-lhes pedido que sobre cada tema elaborassem uma mensagem, uma frase ou uma ideia que quisessem

destacar. Tinham à sua disposição vários materiais, tais como: cartolinas diversas, lápis de cor, marcadores, lápis de cera, tesouras, tubos de cola, recortes para colorir e imagens alusivas aos vários temas.

Os métodos utilizados foram: expositivo oral, interrogativo e sobretudo demonstrativo. O grande objetivo desta atividade foi estabelecer uma dinâmica de grupo com o intuito de promover espírito de equipa e laços afetivos, bem como o desenvolvimento do sentido da responsabilidade.

No final de cada sessão foi distribuído um questionário de avaliação da mesma (Apêndice 13).

Na preparação da atividade 7, surgiu a necessidade de envolver a comunidade, e recorrer aos recursos nela disponíveis. Stanhope e Lancaster (2011) defendem que as parcerias na comunidade são essenciais, uma vez que funcionam como mais-valias para a saúde. Baseadas no projeto Healthy People, cujo objetivo principal é melhorar a qualidade de vida dos cidadãos, as mesmas autoras defendem que: “parcerias comunitárias, particularmente quando alcançam parceiros não tradicionais, podem ser os instrumentos mais eficazes na melhoria de saúde das comunidades” (Stanhope e Lancaster 2011, p. 363).

Também a OE (2011) preconiza que o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, deverá ajudar os grupos/comunidades a alcançarem o máximo potencial de saúde através da identificação dos recursos existentes no seio desse grupo/comunidade.

Foi então solicitada a colaboração da instituição Sport Lisboa e Benfica (SLB), cujo centro de estágio, Caixa Futebol Campus, está situada a poucos metros da UCC do Seixal.

Neste contexto, foi marcada uma reunião com a Coordenadora do Departamento de Apoio Sócio Escolar e Futebol de Formação, Catarina Santos onde foi apresentado o projeto e os seus grandes objetivos. Foi solicitada colaboração para a atribuição de prémios e para a presença de um jogador que pudesse testemunhar um pouco sobre a escolha de uma vida saudável.

A coordenadora mostrou uma grande receptividade ao projeto, concordou de imediato em colaborar, tendo ficado assente que o clube, SLB, ficaria responsável pela atribuição dos prémios. Ficou também prevista a presença de um jogador, de preferência que conhecesse a realidade da Escola Básica Nun’Alvares, de acordo com as suas disponibilidades.

De forma a atingir o objetivo operacional: promover o relacionamento e o sentimento de pertença entre os alunos e também entre estes e a restante comunidade educativa, através da participação de pelo menos 50% dos alunos das turmas do 8º ano, diretores de turma, membros da Direção da Escola, da UCC e restantes funcionários escolares, foi delineada a atividade 7 (Apêndice 10), que decorreu a 19 de fevereiro de 2018.

Nesse dia decorreu uma sessão comemorativa do Dia dos Afetos, envolvendo toda a comunidade educativa (alunos, professores, membros da direção da Escola, coordenadora da UCC, funcionárias da escola). Os trabalhos foram expostos no átrio da Escola (Anexo 5).

Estiveram presentes os diretores de turma das três turmas do 8º ano, a professora de Educação Visual, Ana Saraiva, a diretora da escola, Paula Coito e o professor Gustavo Évora membro da direção.

O evento contou ainda com a participação da Dra. Catarina Santos, e do jogador Rodrigo Conceição, da equipa de juniores do SLB, que também estudou neste estabelecimento de ensino. Esteve também presente a Dra. Eunice Teixeira socióloga da CMS, que colabora com a UCC em diversos projetos.

A enfermeira Susana Santos, coordenadora da UCC deu início à sessão comemorativa do dia dos afetos, destacando o trabalho elaborado no âmbito da saúde escolar. A mestrandia Sofia Tavares apresentou de forma breve, o projeto de intervenção comunitária e agradeceu a colaboração e o empenho de todos os intervenientes.

De seguida a diretora da escola, a professora Paula Coito, enfatizou a importância destes projetos na escola, uma vez que contribuem para a melhoria da saúde de toda a comunidade educativa.

Um representante de cada grupo de estudantes, apresentou de forma resumida o seu cartaz; qual o tema escolhido, a sua importância e qual a principal mensagem a reter e transmitir.

O jogador Rodrigo Conceição deu também o seu testemunho, não só como antigo estudante daquela escola, mas também abordando a sua experiência pessoal, acerca da importância da escolha de um estilo de vida saudável na vida de um atleta de alta competição. Deixou ainda a ideia de que é necessária consciência acerca das opções que se tomam na vida, principalmente quando se perseguem objetivos e sonhos que dependem, essencialmente, de cada um de nós.

De seguida o júri reuniu para avaliar os cartazes, tendo por base uma grelha de avaliação (Apêndice 14) com os seguintes pressupostos: a adequação e qualidade dos conteúdos, a qualidade técnica, a criatividade e originalidade e o efeito comunicativo.

O júri foi constituído pelas professoras Paula Coito e Ana Saraiva, pelas enfermeiras Susana Santos e Sofia Tavares, e pelo jogador Rodrigo Conceição. O cartaz vencedor era alusivo ao tema o álcool e o desporto (Anexo 6).

No final da atividade, todos os alunos receberam uma lembrança de participação e os autores do melhor trabalho receberam cada um, uma bola de futebol (assinada pelos jogadores da equipa principal) entregue pelo jovem futebolista Rodrigo Conceição.

Em jeito de conclusão a professora Paula Coito agradeceu a presença de todos e o desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária, naquele estabelecimento de ensino. Encontram-se em anexo (anexo 7) algumas fotos referente a esta atividade.

Posteriormente, foi solicitado pela Direção da Escola Nun'Alvares, um texto sobre do projeto, com informações mais detalhadas. Esse texto foi elaborado pela mestranda sob a supervisão do Professor Orientador José Edmundo Sousa e da Enfermeira Susana Santos. Está disponível no endereço eletrónico da página da escola (Anexo 8), desde 20 de março de 2018.

Foi também solicitado pela Enfermeira Susana Santos, um texto sobre o desenvolvimento do projeto na UCC, para integrar a próxima Newsletter da unidade de saúde.

O fim de mais uma etapa do planeamento em saúde, contribuiu para a aprendizagem e desenvolvimento de outras competências do Enfermeiro Especialista: G1.4 “Estabelece programas e projetos de intervenção com vista a resolução dos problemas identificados” (RCEEEECSP 2010, p.3), G2.1- “Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania.”; G2.2 - “Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação e ciências humanas e sociais”; G2.3 - “Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade” (RCEEEECSP 2010, p.4)

2.6 – Avaliação

A avaliação constitui a última etapa do planeamento em saúde. Nunes (2016, p.45) considera que é através da avaliação que podemos afirmar se uma intervenção teve ou não sucesso. “É pela avaliação que se sabe se um plano foi eficaz, isto, se os objectivos predefinidos foram ou não atingidos”.

Nesta etapa os resultados alcançados através das atividades concretizadas, serão assim comparados com a situação inicial do diagnóstico de situação e com os objetivos fixados, determinando o grau de sucesso da intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990). Os mesmos autores ressaltam que a avaliação estabelece um mecanismo retroativo sobre as etapas anteriores, com a finalidade de melhorar o projeto estabelecido e adequar da melhor forma a distribuição de recursos.

Podemos concluir que a avaliação se inicia logo na primeira etapa do processo, acompanhando-o em todas as etapas subsequentes partir dos resultados finais, sendo possível construir um novo diagnóstico de situação de saúde, mais atualizado e com necessidade de novas estratégias/ações.

A avaliação final desta intervenção comunitária obteve os seguintes resultados:

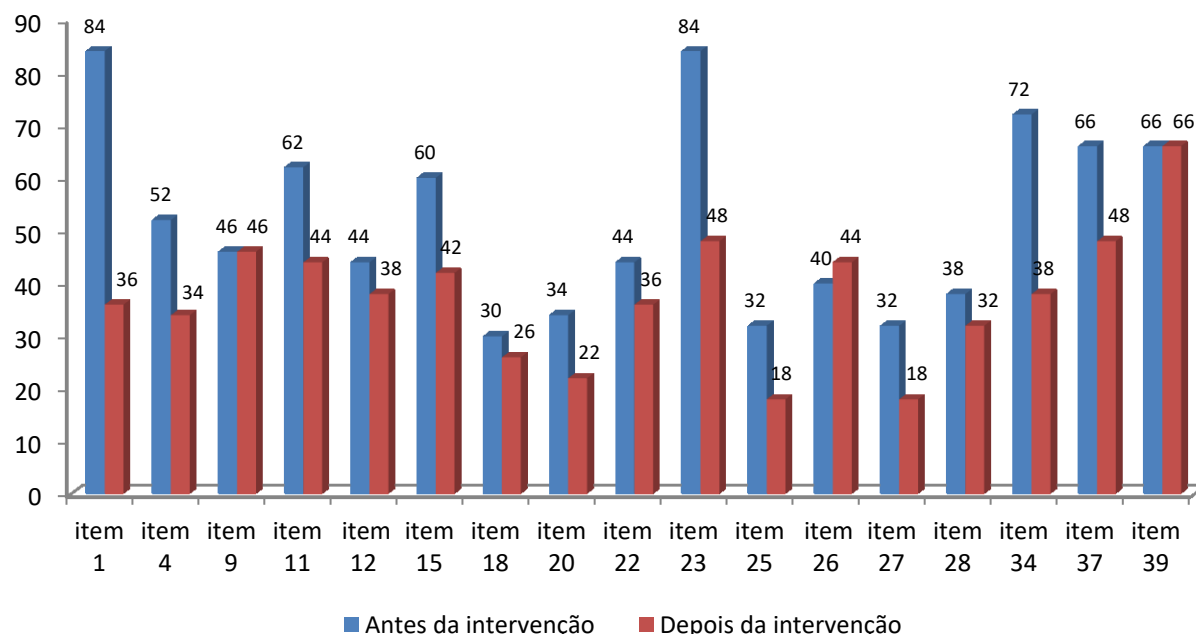
No indicador de resultado aumentar os conhecimentos acerca do álcool, reduzindo a percentagem de respostas erradas do QCAA: nos itens 1, 11, 15, 23, 34, 37 e 39 inferior a 50%; nos itens 4, 9, 12, 22, 26, e 28 inferior a 40%; e nos itens 18, 20, 25 e 27 inferior a 30%, os resultados obtidos foram francamente positivos.

No primeiro conjunto apenas um item não atingiu o objetivo pretendido, obtendo-se um valor de 85%; no segundo conjunto de itens os resultados atingem os 67% enquanto no terceiro conjunto atinge-se a totalidade do objetivo com 100%.

Destaca-se aqui o facto de existirem três itens (9, 26 e 39) em que os valores após a intervenção não são inferiores aos obtidos antes da intervenção, no entanto em todos os restantes itens, o nº de resposta incorretas diminui significativamente após a intervenção comunitária.

O gráfico seguinte permite a visualização dos resultados do QCAA, antes e depois da intervenção comunitária.

Gráfico nº14 - Distribuição das respostas erradas do QCAA, antes e depois da intervenção comunitária



Visto o QCAA tratar-se de um questionário que avalia conhecimentos, considerou-se que seria possível a sua reaplicação, apesar do limitado espaço temporal da intervenção. Este facto poderá causar interferência na avaliação dos ganhos efetivos.

Para além destes indicadores, foram também definidos indicadores de atividade. Nestes verificou-se uma taxa de 100% em relação às atividades realizadas face às atividades previstas.

Na participação dos alunos nas várias sessões de EPS, verificou-se uma taxa de participação de 100% sendo o objetivo atingido em pleno.

Em relação ao trabalho de grupo verificou-se uma taxa de participação de 96%, sendo o objetivo quase na totalidade.

Na adesão dos alunos, diretores de turma, professores e restante comunidade educativa, à comemoração do dia dos afetos verificou-se uma taxa de presença de 100%, tendo-se atingido os objetivos delineados. Em relação à satisfação dos alunos, todas as sessões foram avaliadas de forma extremamente positiva, tendo-se obtido uma taxa de satisfação de 100%.

No quadro seguinte, esquematiza-se a avaliação da intervenção comunitária.

Quadro nº 2 – Avaliação da intervenção comunitária

Indicador	Meta	Resultado Final
Indicador de atividade: Sessões de educação para a saúde realizadas Atividades 1,2, 3,4,5,6 e 7 $\frac{\text{Número de sessões realizadas} \times 100}{\text{Número total de sessões a realizar}}$	Realizar 100% das sessões	$\frac{7}{7} \times 100 = 100\%$
Indicador de atividade: Nº de alunos presentes nas SEP (atividades 1,2 e 3) $\frac{\text{Número de alunos que integram o projeto de intervenção comunitária presentes na sessão}}{\text{Número total de alunos que integram o projeto de intervenção comunitária presentes na sessão}} \times 100$	Obter 85% de assiduidade	$\frac{54}{54} \times 100 = 100\%$
Indicador de atividade: Nº de alunos presentes nas SEP (atividades 4,5 e 6) $\frac{\text{Número de alunos que integram o projeto de intervenção comunitária presentes na sessão}}{\text{Número total de alunos que integram o projeto de intervenção comunitária presentes na sessão}} \times 100$	Obter 85% de assiduidade	$\frac{52}{54} \times 100 = 96\%$
Indicador de atividade: Nº de alunos presentes na SEP (atividade 7) $\frac{\text{Número de alunos que integram o projeto de intervenção comunitária presentes na sessão}}{\text{Número total de alunos que integram o projeto de intervenção comunitária presentes na sessão}} \times 100$	Obter 60% de assiduidade	$\frac{54}{54} \times 100 = 100\%$
Indicador de atividade: Número de participantes que avaliaram de forma positiva (Totalmente satisfeito/ Satisfeito) todas as sessões educativas: $\frac{\text{Número de alunos que integram o projeto de intervenção comunitária presentes na sessão, que avaliaram de forma positiva}}{\text{Número total de alunos que integram o projeto de intervenção comunitária presentes na sessão}} \times 100$	Obter 80% de satisfação	$\frac{54}{54} \times 100 = 100\%$
Indicador de resultado Aumentar os conhecimentos acerca do álcool, reduzindo a percentagem de respostas erradas do QCAA – nos itens 1, 11, 15, 23, 34, 37 e 39	Percentagens de respostas erradas inferiores a 50%	85% dos itens obtiveram um valor inferior a 50%
Indicador de resultado Aumentar os conhecimentos acerca do álcool, reduzindo a percentagem de respostas erradas do QCAA nos itens 4, 9, 12, , 22, 26, e 28	Percentagens de respostas erradas inferiores a 40%	67% dos itens obtiveram um valor inferior a 40%

Indicador de resultado

Aumentar os conhecimentos acerca do álcool, reduzindo a percentagem de respostas erradas do QCAA nos itens 18, 20, 25 e 27

Percentagens de respostas erradas inferiores a **30%**

100% dos itens obtiveram um valor inferior a **30%**

A taxa de satisfação foi avaliada através de aplicação de questionário, que os alunos preencheram no final de cada sessão.

A taxa de presença nas sessões de EPS, foi avaliada através do número de alunos presentes em cada sessão.

Nunes (2016, p.45) considera que “É conveniente ter em atenção que não existe apenas avaliação quantitativa; a avaliação poderá ser qualitativa, dependendo do tipo de indicadores definidos e utilizados”. O que nos leva a considerar que apesar de não ter sido utilizada como critério de avaliação, permite referir o feedback que a comunidade educativa nos transmitiu, ao longo da intervenção comunitária, e que foi francamente positivo.

Por fim destaca-se a relação afetiva que se estabeleceu entre os alunos e professores, e entre a restante comunidade educativa. Este envolvimento criou um clima facilitador de aprendizagens e de partilha de experiências, tornando a escola num espaço mais saudável e mais feliz.

Por tudo o que acima foi exposto, considera-se que foi adquirida a competência: G1.5- “Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados” (RCEEEECSP 2010, p.3).

3 - QUESTÕES ÉTICAS

Este percurso permitiu consolidar uma prática profissional ética, no cumprimento do respeito pelos direitos humanos, nomeadamente o direito à opinião e privacidade. Assim, tendo em conta as características próprias dos adolescentes, foi pontualmente necessário durante a realização das sessões de educação para a saúde, desincentivar a emissão de juízos de valor face às opiniões expostas pelos adolescentes promovendo um clima de confiança, considerando todas as opiniões válidas para serem discutidas.

O respeito pelos grupos vulneráveis é um pilar dos princípios éticos baseados no respeito pela dignidade humana (Fortin, 1999). Esta intervenção pautou-se pelo respeito para com este grupo de alunos, a não existência de nenhum tipo de atitudes discriminatórias, e procurando acima uma atitude de beneficência, através da criação de um ambiente de bem-estar, propício ao desenvolvimento de novas aprendizagens.

Antes de dar início à intervenção comunitária, foram efetuadas uma série de diligências, que se descrevem.

Foi solicitado ao Diretor Executivo do ACES Almada-Seixal, Dr. Luís Amaro autorização para a implementação e avaliação deste projeto na UCC Seixal, no período compreendido entre setembro de 2017 e março de 2018, assim como a utilização dos resultados para fins académicos e a menção do nome do ACES e da UCC Seixal aquando da apresentação dos resultados; uma declaração, da qual conste que o ACES / Unidade de Saúde dispõe de condições logísticas e humanas que asseguram a realização da investigação em condições éticas adequadas (Apêndice 15).

Foi solicitado parecer à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) com resposta favorável ao desenvolvimento do projeto (Apêndice 16).

Foi também solicitado à coordenadora da UCC do Seixal, Enfermeira Susana Santos uma declaração relativamente à disponibilidade para a realização do estudo, e acordo quanto às condições estruturais e de logísticas para a sua realização nomeadamente no que concerne à equipa de investigação a envolver no estudo, (Apêndice 17).

Foi solicitada à Presidente do Conselho Diretivo da Escola NUN'ÁLVARES autorização para desenvolver um projeto de intervenção comunitária naquele estabelecimento de ensino (Apêndice 18).

Foi solicitado parecer à Comissão Nacional de Proteção De Dados, acerca da utilização do questionário, e foi-me comunicado que da análise dos documentos disponibilizados e esclarecimento prestado resulta não haver dados que possam identificar ou tornar identificável os participantes no estudo acima indicado e, consequentemente, não se aplica a Lei de Proteção de Dados Pessoais (LPD) - Lei nº 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei nº 103/2015, de 24 de agosto (anexo documento com o parecer oficial – Apêndice 19)

Foi solicitada autorização à Direção Geral da Educação (DGE), a aplicação do Questionário de Conhecimentos acerca do Álcool aos estudantes do 8º ano da Escola NUN'ÁLVARES (Apêndice 20). Este questionário é da autoria da Professora Doutora Teresa Barroso, a quem a autorização foi solicitada e concedida (Apêndice 3).

Antes de entregar o questionário aos estudantes foi solicitada uma autorização aos Encarregados de Educação para o preenchimento do mesmo (Apêndice 2), que garante o anonimato e a confidencialidade dos dados fornecidos. Esta autorização foi entregue aos estudantes, que a submeteram à apreciação dos respetivos encarregados de educação, para assinatura. Depois de assinadas, foram entregues pelos alunos aos Professores Diretores de Turma e remetidas à direção da escola, que providenciou o seu armazenamento em local fechado de acesso restrito (armário fechado à chave na sala da direção da escola). Só após a indicação dos diretores de turma, garantindo que cada aluno podia preencher o questionário é que o mesmo foi distribuído.

Toda a informação recolhida foi guardada num armário fechado à chave na sala de coordenação da UCC, também ela fechada à chave. Após término do trabalho a informação será destruída na presença do Enfermeiro orientador e da Coordenadora da UCC.

No global, este percurso desenvolveu-se de forma equilibrada e fluída entre as exigências académicas e as necessidades inerentes ao contexto de estágio. No entanto, ocorreram algumas limitações que implicam análise, reflexão e justificação.

As datas das sessões de EPS foram algumas vezes adiadas devido à ocorrência de outras atividades letivas (corta mato escolar, visitas de estudo,

calendário escolar) e indisponibilidade dos professores. Este facto levou a que numa das turmas, o 8º A, houvesse um intervalo de tempo de cerca de 2 meses entre a primeira sessão e a segunda. Como forma de colmatar esse hiato temporal, foi efetuada no início da segunda sessão uma breve revisão das temáticas anteriormente abordadas, para que os alunos pudessem mobilizar os conhecimentos adquiridos na última sessão.

A data da atividade 7, foi marcada para 19 de fevereiro, após o término do estágio. Tal facto ficou a dever-se não só ao calendário escolar, mas também devido à conciliação de agenda de todos os intervenientes na sessão. Apesar deste atraso, não houve qualquer intercorrência na realização desta atividade.

4 - CONCLUSÃO

A adolescência é um período do ciclo vital marcado por múltiplas transformações, não só ao nível físico, mas também de ordem psíquica e social. É nesta fase que a maior parte dos jovens têm o primeiro contacto com bebidas alcoólicas. No entanto, a investigação científica evidencia a existência de alguns comportamentos de risco associados. Deste modo, a prevenção do consumo de álcool integrada no contexto da promoção de saúde, no programa nacional de saúde escolar, é considerada área prioritária para a capacitação da comunidade educativa na adoção de estilos de vida saudáveis.

A escola é um contexto privilegiado para a promoção da saúde, que deverá ser estruturada através do desenvolvimento de parcerias entre os serviços de saúde, a comunidade educativa e comunidade em geral.

Este projeto de intervenção comunitária foi desenvolvido a partir de necessidades expressadas pelos próprios alunos e professores, identificadas no âmbito da prevenção de consumo de substâncias nocivas na adolescência, e procurou, acima de tudo potenciar eventuais ganhos em saúde.

A sua elaboração teve como foco principal o Modelo de Promoção de Saúde (Pender, Murdaugh e Parsons, 2015), o qual constituiu a matriz concetual do percurso a seguir nas estratégias de promoção de saúde, perante as necessidades identificadas.

Os resultados são na sua globalidade satisfatórios e os objetivos delineados no início da intervenção foram plenamente alcançados. A aquisição de conhecimentos foi visível, após a análise dos resultados do QCAA, que os alunos efetuaram após a intervenção comunitária.

A duração do estágio não permitiu a realização de uma avaliação com vista a efetiva adoção de comportamentos saudáveis, uma vez que, de acordo com os pressupostos do próprio modelo, não é possível intervir na mudança de comportamento a curto prazo. Esta avaliação será realizada durante o próximo ano letivo, visto que a intervenção tem caráter de continuidade; foi iniciada no 7º ano e vai acompanhar os alunos até ao 9º ano. Este acompanhamento vai ser realizado pela UCC, sob a coordenação da Enfermeira Susana Santos.

Ao longo do estágio foram adquiridas e desenvolvidas competências específicas do EEEECSP, nas suas várias unidades. Através da utilização da metodologia do planeamento em saúde, foi possível estabelecer a avaliação do estado de saúde de uma comunidade específica, uma vez que todo o trabalho de intervenção comunitária foi norteado por esta metodologia, não tendo sido descurada nenhuma das suas etapas.

Por sua vez, ao utilizar a EPS como estratégia de promoção para a saúde, foi possível desenvolver competências ao nível da capacitação de grupos. Considera-se que esta foi uma área primordial implementada durante este período.

Durante este estágio houve também espaço para participar nas várias atividades da UCC, e também para uma passagem na USF CSI Seixal. Deste modo considera-se que foram adquiridas outras competências descritas no RCEEEECSP, não de forma plena como as anteriormente descritas, mas que contribuíram para adquirir experiência e potenciar futuras atividades de forma a consolidar a sua aquisição plena. São elas: G3.1- “Participa na coordenação, promoção implementação e monitorização das actividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objectivos do Plano Nacional de Saúde” e G4.1- “Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica” (RCEEEECSP 2010, p.5).

As atuais alterações demográficas, a globalização da sociedade e o conhecimento mais aprofundado dos determinantes da saúde, tornam necessárias novas práticas em cuidados de saúde. Os enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária (EEECSP) têm um papel privilegiado na comunidade, o que lhes permite prestar cuidados de enfermagem centrados na pessoa, diferenciados e personalizados. São eles os profissionais, que detêm conhecimento científico, profissionais, e têm um papel fundamental na educação da população, promovendo estilos de vida saudáveis assim como, na prevenção da doença, na aquisição de mais e melhor saúde das populações.

O EEEECSP deverá desenvolver todos os esforços para promover nos utentes o *empowerment*, estimulando a reflexão e promovendo a tomada de decisão.

Foi bastante gratificante o trabalho desenvolvido nesta área com a população adolescente, não só pela diversidade de conhecimentos mobilizados mas também devido às diferentes experiências proporcionadas a estes alunos.

No decurso deste estágio foi necessária a atualização permanente de conhecimentos na área de saúde do adolescente, uma vez que a área de desenvolvimento profissional até ao momento foi dirigida ao grupo de etário adulto e idoso. Só desta forma foi possível desenvolver as atividades com temáticas apropriadas e atualizadas em relação ao grupo alvo das intervenções.

Esta atualização foi realizada com recurso a uma pesquisa bibliográfica, criteriosamente escolhida através de métodos de pesquisa adequados e cientificamente comprovados. Foi também muito útil, a discussão e debate de ideias em grupo de mestrado, ao longo do estágio, sob orientação dos vários professores orientadores, de forma a proporcionar e garantir uma transmissão correta da informação através de técnicas pedagógicas adequadas.

Como futura enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária considero ser necessário um entendimento profundo das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, bem como uma elevada capacidade para responder, de forma adequada, às necessidades dos diferentes indivíduos, grupos e comunidades, proporcionando ganhos efetivos em saúde.

É imprescindível e emergente que se dê visibilidade à excelência da profissão de Enfermagem através da produção de indicadores que permitam demonstrar os ganhos em saúde a nível dos cuidados, transformando-nos deste modo em vetores de mudança, e assim contribuir para uma melhor qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, A. F. S. (2010). *A Efectividade dos Cuidados de Enfermagem: Modelos de Análise*. Revista de Investigação em Enfermagem (p.96-105).
- Almeida, S. (2017). *Estatística Aplicada à Investigação em Ciências da Saúde – Um guia com o SPSS*. Loures: Lusodidacta.
- Azevedo, M. (2003). *Medição, Avaliação e Fundamentos de Estatística. Exercícios práticos com apoio de SPSS e Excel*. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade Ciências, Departamento da Educação.
- Barroso, G., Vieira, N., Varela, Z., (2003). *Educação em Saúde no contexto da promoção humana*. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha.
- Barroso, T., (2012). *Parar para pensar: Intervenção em contexto escolar para a prevenção do uso e abuso do álcool*. Loures: Lusociência.
- Barroso, T., Mendes, A., Barbosa, A., *Programa de prevenção do uso/abuso de álcool para adolescentes em contexto escolar: parar para pensar*. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 2013;17(3): p. 466-473.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito*. 2.^aed. Coimbra: Quarteto.
- Buss, P. (2000). *Promoção da saúde e qualidade de vida*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1) (163-177). Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>, a 17 de maio de 2017.
- Câmara Municipal do Seixal (2015). Relatório global, do Conselho Municipal de Segurança. Documento cedido pela Enfermeira Susana Santos.

- Carapinheiro, G. (1986). *A saúde no contexto da sociologia*. In Repositório do ISCTE. Acedido em 01 de Outubro de 2017 em <http://repositorio.iscte.pt/bitstream/10071/947/1/1.pdf>.
- Carvalho, A, Carvalho,G. (2006). *EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Loures: Lusociência.
- Chesnay M., Anderson B., (2016) *Caring for the Vulnerable ,– Perspectives in Nursing Theory, Practice and Research*. 4ª Edição. Jones & Bartlett Learning.
- Cordeiro, M. (2009). *O grande livro do adolescente dos 10-18 anos*. Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Cordeiro, M. (2015). *Crianças e Famílias num Portugal em Mudança*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Cordeiro, M. (2016). *Os nossos adolescentes e a droga: realidades, mitos verdades e estratégias*. Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Decreto -Lei n.º 50/2013, de 16 de abril, alteração em Diário da República, 1.ª série — N.º 115 — 16 de junho de 2015.
- Dias, A, Precioso, J.(2014) *Prevenção do consumo de álcool em manuais escolares de Ciências Naturais Portugueses*. Revista Portuguesa de Educação, 2014, 27(2), pp. 135-158.
- Dias, S., Matos, M. (2013). *Educação sexual em meio escolar: perceção dos alunos*. Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente. Lisboa, 4(2).P.51-71.
- Direção Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Acedido em <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Saúde-Escolar-2015.pdf>, a 23 de abril de 2017.

Direção Geral da Saúde. (2017). Normas e Circulares Normativas Norma nº 035/2012 de 30/12/2012 atualizada a 17/07/2017. Abordagem da Intoxicação Alcoólica Aguda em Adolescentes e Jovens Acedida em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0352012-de-30122012.aspx>, a 12 de outubro de 2017.

Eisenstein, E., (2005). *Adolescência: definições, conceitos e critérios*. *Adolescência & Saúde*. Acedido em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167, a 4 de junho de 2017.

Feijão, F., (2016) Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas ECATD/ESPAD Portugal /2015.

Ferreira, D. ,Santos, A., Ribeiro, O., Freitas, M., Correia, J., Rubin, K., (2013) Isolamento social e sentimento de solidão em jovens adolescentes. *Análise Psicológica* (2013), 2 (XXXI): 117-127

Fortin,M.F., (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Goulão, J., (2007). Consumo de Substâncias Psicoactivas e Prevenção em Meio Escolar. Acedido em: https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/consumospa_prevencao_meioescolar.pdf, a 18 de abril de 2017.

Imperatori, E. e Giraldes, M.R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ª edição. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Publica.

Instituto Nacional de Estatística (2015) Anuário Estatístico. Acedido em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt, a 30 de Março de 2017.

- International Union for Health Promotion and Education (2009). *Construindo Escolas Promotoras De Saúde*: Directrizes para promover a saúde em meio escolar. Acedido em: http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ficheiros/iuhpe_hps_guidelinesii_2009_portuguese.pdf, a 2 de junho de 2017.
- Kaur, I., Poonam,S., Sanjay, G., (2014). *A Study to assess and Compare the Knowledge and Attitude Towards Alcoholism among Adolescents of Selected Private and Government Senior Secondary Schools of Ambala, Haryana*. International Journal of Nursing Education. July-December 2014, Vol. 6, Nº2. P, 2011-214. Acedido em: Ebscohost: Cinahl.
- Lourenço, R., Martins, L., M., Soares,M., Duarte, S., Gomes, F. (2014). *Consumo de álcool na adolescência: desafios de uma nova realidade*. Acta Médica Portuguesa. 45:260-265
- Machado, M. (2015). *Adolescentes*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos
- Marcolan, M.,Frighetto, A., Santos, J. (2013). *A Importância da Família no Processo de Aprendizagem da criança*. Acedido em: <http://revistanativa.com/index.php/revistanativa/article/viewFile/83/pdf>.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística – com utilização do SPSS*. 6ª ed. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Martins, M., C. (2005) - *A Promoção da saúde: percursos e paradigma*. Revista de saúde Amato Lusitano. A IX, nº 22 p. 42-46.
- Matos, M., Sampaio, D. (2009). *Jovens com Saúde: Dialogo com uma Geração*. Lisboa: Texto Editores, 2009.

Midford, R., Cahill, H., Ramsden, R., Davenport, G., Venning, L., Lester, L. et al (2012). *Alcohol prevention: What can be expected of a harm reduction focused school drug education programme? Drugs: education, prevention and policy*, April 2012; 19(2): 102–110.

Moita, M., Silva, A., (2016). *Modelos de Competência Cultural: Uma Análise Crítica*. Pensar Enfermagem Vol. 20 N.º 2 2º Semestre de 2016, p. 72/88.

NUNES, M. L. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as ferramentas de auxílio*. Lisboa: Chiado Editora.

Ordem dos Enfermeiros (outubro de 2007) - *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Acedido em <https://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2012/03/RMDE.pdf>, a 21 de outubro de 2017.

Ordem dos enfermeiros. 2010. *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública*. Acedido em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Acedido em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEComunitSaudePublica.pdf>, em abril de 2017.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Consulta De Enfermagem De Saúde Infantil Especializada*. Acedido em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESIP_Parecer_3_2012_Consulta_de_Enfermagem_Especializada.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* – Versão 2015.

Organização Mundial de Saúde [OMS] (1946). *Constitution. In World Health Organization, Genebra*. Acedido em 06 de junho de 2017 em <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>.

Organização Mundial de Saúde. (1978). *Conferência internacional sobre Cuidado de Saúde Primários*. Declaração de Alma-Ata: Saúde para Todos no Ano 2000. Acedido a 3 de Junho de 2017 em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf.

Organização Mundial de Saúde. (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Canadá. Acedido a 3 de Junho de 2017 em [http://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta de Ottawa Nov 1986.pdf](http://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta%20de%20Ottawa%20Nov%201986.pdf).

Organização Mundial Saúde (1995). *Carta Europeia do Álcool*. Acedido em 27 de setembro de 2017 e disponível em <http://saap.planetaclix.pt/saap/cartaeu.htm>

Organização Mundial de Saúde. (2002). Madrid. *Active ageing, a policy Framework. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing*. Acedido a 3 de Junho de 2017 em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/saude-do-idoso.aspx>.

Organização Mundial de Saúde.(2014). *Global status report on alcohol and health*. Acedido em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/, a 12 de maio de 2017.

Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice* (7ª ed.). New Jersey: Pearson

Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências (PNRCAD, 2013-2020). Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (PNRPLA, 2013 – 2020). Instituto da Droga e da Toxicodependência

Rasche, A., Santos, M. (2013). *Enfermagem escolar e sua especialização: uma nova ou antiga atividade*. Revista Brasileira Enfermagem, Brasília 2013 jul-ago; 66(4): 607-10. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a22.pdf>, a 11 de julho de 2017.

Redman, B. K. (2003). *A prática da educação para a saúde*. 9º ed. Lisboa: Lusociência.

Rodrigues, P., Salvador, A., Lourenço, I, Santos, L. (2014). *Padrões de consumo de álcool em estudantes da Universidade de Aveiro: Relação com comportamentos de risco e stress*. Análise Psicológica. 4 (XXXII): 453-466

Sampaio, D. (2006). *Lavar o Mar. Um novo olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos*. Lisboa: Caminho

Sampaio, D. (2016). Revista Activa. Acedido em: <http://activa.sapo.pt/filhos/2016-10-11-Daniel-Sampaio-Temos-fobia-e-inveja-dosadolescentes>, em 3 de maio de 2017.

Sousa, R, Trindade R. (2013) *O impacto da saúde escolar na comunidade educativa*. Educação, Sociedade & Culturas, nº 38,p.99-116.

Sprinthall, N., & Collins, W. (2011). *PSICOLOGIA DO ADOLESCENTE: Uma abordagem Desenvolvimentista* (5ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

- Stanhope, M.; Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na comunidade centrados na população*. 7ªed. Loures: Lusodidacta
- Tavares, A., (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de formação e aperfeiçoamento profissional.
- Tavares, T., Bonito, J., Oliveira, M., (2013). *Journal of Child and Adolescent Psychology*. Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente. Lisboa, 4(1). p.21/48.
- Tomey, A., Alligood, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª ed. Loures: Lusociência.
- Whaley & Wong (1997). *Enfermagem Pediátrica. Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva*. (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Zeigler DW, Wang CC, Yoast RA, Dickinson BD, McCaffree MA, Robinowitz CB, Sterling ML, Council on Scientific Affairs, American Medical Association. (2005). *The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and College Students.PrevMed*.

ANEXOS

ANEXO I

Decreto-Lei n.º 106/2015 de 16 de junho

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Decreto-Lei n.º 106/2015

de 16 de junho

O Decreto-Lei n.º 50/2013, de 16 de abril, veio criar um novo regime jurídico de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público, com fundamento no imperativo constitucional de proteção da saúde dos cidadãos.

O combate aos problemas ligados ao álcool é uma prioridade e, neste contexto, também foram recentemente introduzidas reduções nos níveis de alcoolemia autorizada na condução de veículos por profissionais e condutores com licença de condução há menos de três anos.

A evidência científica veio demonstrar a existência de padrões de consumo de alto risco de bebidas alcoólicas, como a embriaguez e o consumo ocasional excessivo, também designado *binge drinking*, especialmente em adolescentes e jovens adultos, revelando igualmente que a experimentação do álcool é cada vez mais precoce em crianças. Está demonstrado que a precocidade do início de consumo é responsável por uma maior probabilidade de ocorrência de dependência alcoólica, assim como de consequências diretas a nível do sistema nervoso central, com défices cognitivos e de memória, limitações a nível da aprendizagem e, bem assim, ao nível do desempenho escolar e profissional. A exposição prolongada e continuada ao álcool está também associada a uma probabilidade de desenvolvimento de cancro.

Faço ao exposto, nos termos daquele decreto-lei foi aumentada a idade mínima legal de consumo de bebidas espirituosas e proibida a venda de bebidas alcoólicas entre as 0 e as 8 horas, com exceção dos estabelecimentos comerciais de restauração ou de bebidas, dos situados em portos e aeroportos em local de acessibilidade reservada a passageiros e dos de diversão noturna e análogos.

No artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 50/2013, de 16 de abril, previu-se, desde logo, a realização, pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, até 1 de janeiro de 2015, de um estudo sobre a aplicação do regime previsto naquele diploma, com vista à avaliação dos padrões de consumo de álcool, por jovens em geral e por adolescentes em especial.

Elaborado o referido estudo, constata-se, no que diz respeito ao consumo e venda de bebidas alcoólicas a menores em locais públicos, que continuam a existir elevados níveis de comportamentos de risco e de excesso de consumo, com consequências nefastas para a população mais jovem.

Com efeito, verifica-se que não ocorreram alterações relevantes no padrão de consumo de bebidas alcoólicas, por parte dos jovens, no ano subsequente à entrada em vigor das mencionadas alterações legislativas, seja a nível do tipo de bebidas ingeridas, seja a nível de consumos nocivos.

No consumo recente, destacam-se as bebidas espirituosas e a cerveja, com a tendência de manter a frequência dos consumos, incluindo de bebidas espirituosas entre os menores de 18 anos, sendo que foram os jovens de 16 anos, em particular, os que mais mencionaram um aumento da

facilidade de acesso a bebidas alcoólicas, com qualquer graduação de álcool.

Assim, considera-se necessária a implementação de melhores medidas de proteção dos menores no que toca ao acesso a bebidas alcoólicas.

Salienta-se que não constitui objetivo primordial das alterações agora introduzidas no Decreto-Lei n.º 50/2013, de 16 de abril, sancionar ou penalizar comportamentos, antes se pretende, de forma progressiva, minimizar o consumo de bebidas alcoólicas por adolescentes, através do aumento da idade mínima de acesso e da proibição correspondente de venda, conforme recomendações de organismos especializados nacionais e internacionais, como a Organização Mundial de Saúde.

Foram ouvidos os órgãos de governo próprio das Regiões Autónomas, a Associação Nacional de Municípios Portugueses e a Associação da Hotelaria, Restauração e Similares de Portugal.

Foi promovida a audição do Conselho Nacional do Consumo.

Assim:

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

O presente diploma procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 50/2013, de 16 de abril, que estabelece o regime de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público, proibindo a prática destas atividades relativamente a menores de idade.

Artigo 2.º

Alteração ao Decreto-Lei n.º 50/2013, de 16 de abril

Os artigos 3.º e 4.º do Decreto-Lei n.º 50/2013, de 16 de abril, passam a ter a seguinte redação:

«Artigo 3.º

[...]

1 — É proibido facultar, independentemente de objetivos comerciais, vender ou, com objetivos comerciais, colocar à disposição, bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público:

- a) A menores;
- b) [Revogada.]

c) A quem se apresente notoriamente embriagado ou aparente possuir anomalia psíquica;

2 — [...].

3 — [...].

4 — [...].

5 — [...].

6 — [...].

7 — [...].

8 — [...].

9 — [...].

Artigo 4.º

[...]

1 — [...].

PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA: PREVENÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL, EM ADOLESCENTES COM
VULNERABILIDADE ACRESCIDA

2 — [...].

3 — [...].

a) Impressos;

b) Escritos em caracteres facilmente legíveis e sobre fundo contrastante.»

Artigo 3.º

Norma revogatória

É revogada a alínea b) do n.º 1 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 50/2013, de 16 de abril.

Artigo 4.º

Entrada em vigor

O presente diploma entra em vigor no primeiro dia do mês seguinte ao da sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 23 de abril de 2015. — *Pedro Passos Coelho* — *Maria Luís Casanova Morgado Dias de Albuquerque* — *Anabela Maria Pinto de Miranda Rodrigues* — *Paula Maria von Hafe Teixeira da Cruz* — *Sérgio Paulo Lopes da Silva Monteiro* — *Paulo José de Ribeiro Moita de Macedo* — *Nuno Paulo de Sousa Arrobas Crato*.

Promulgado em 3 de junho de 2015.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 4 de junho de 2015.

O Primeiro-Ministro, *Pedro Passos Coelho*.

MINISTÉRIO DA SOLIDARIEDADE, EMPREGO E SEGURANÇA SOCIAL

Decreto-Lei n.º 107/2015

de 16 de junho

A Lei n.º 53-B/2006, de 29 de dezembro, instituiu o indexante dos apoios sociais (IAS) e fixou as regras da sua atualização e da atualização das pensões e de outras prestações atribuídas pelo sistema de segurança social.

O artigo 4.º da referida lei estabelece que o IAS é atualizado anualmente tendo por referência o crescimento real do produto interno bruto (PIB) e a variação média dos últimos 12 meses do índice de preços no consumidor (IPC), sem habitação, disponível a 30 de novembro do ano anterior ao que se reporta a atualização.

Por seu turno, o artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 142/99, de 30 de abril, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 382-A/99, de 22 de setembro, e 185/2007, de 10 de maio, estabelece uma forma de atualização das pensões por acidente de trabalho idêntica à forma de atualização do IAS.

Através do Decreto-Lei n.º 323/2009, de 24 de dezembro, procedeu-se à suspensão da atualização anual do IAS e das pensões e outras prestações atribuídas pelo sistema de segurança social, prevista na Lei n.º 53-B/2006, de 29 de dezembro, instituindo-se um regime transitório de atualização das pensões para o ano de 2010.

Por idênticas razões, através do Decreto-Lei n.º 47/2010, de 10 de maio, procedeu-se, em 2010, à suspensão do regime de atualização das pensões por acidente de trabalho e à criação de um regime transitório de atualização das pensões por acidente de trabalho para esse ano.

A instituição dos referidos regimes transitórios de atualização das pensões teve como objetivo impedir uma atualização negativa das pensões face aos valores muito baixos ou mesmo negativos apresentados pelos indicadores económicos que constituem os referenciais de atualização destas pensões.

Tendo em conta que os referenciais de atualização do IAS mantêm-se, em 2014, em valores igualmente baixos, apresentando a variação anual do IPC, sem habitação, disponível em 30 de novembro de 2014, um valor negativo, o Governo entende proceder à suspensão da forma de atualização anual das pensões por acidente de trabalho, prevista no artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 142/99, de 30 de abril, de forma a garantir que os pensionistas por acidente de trabalho não tenham em 2015 uma diminuição do valor nominal das suas pensões.

Foram ouvidos a Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, a Associação Portuguesa de Seguradores e os parceiros sociais com assento na Comissão Permanente de Concertação Social do Conselho Económico e Social.

O projeto de diploma foi ainda publicado, para apreciação pública, na separata n.º 4 do *Boletim do Trabalho e Emprego*, de 16 de março de 2015.

Assim:

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

O presente decreto-lei suspende o regime de atualização anual do valor das pensões por incapacidade permanente e por morte resultantes de acidente de trabalho, previsto no artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 142/99, de 30 de abril, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 382-A/99, de 22 de setembro, e 185/2007, de 10 de maio.

Artigo 2.º

Prazo de vigência

O presente decreto-lei vigora de 1 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2015.

Artigo 3.º

Norma revogatória

É revogada a Portaria n.º 378-C/2013, de 31 de dezembro.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 30 de abril de 2015. — *Pedro Passos Coelho* — *Maria Luís Casanova Morgado Dias de Albuquerque* — *Luís Pedro Russo da Mota Soares*.

Promulgado em 3 de junho de 2015.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 4 de junho de 2015.

O Primeiro-Ministro, *Pedro Passos Coelho*.

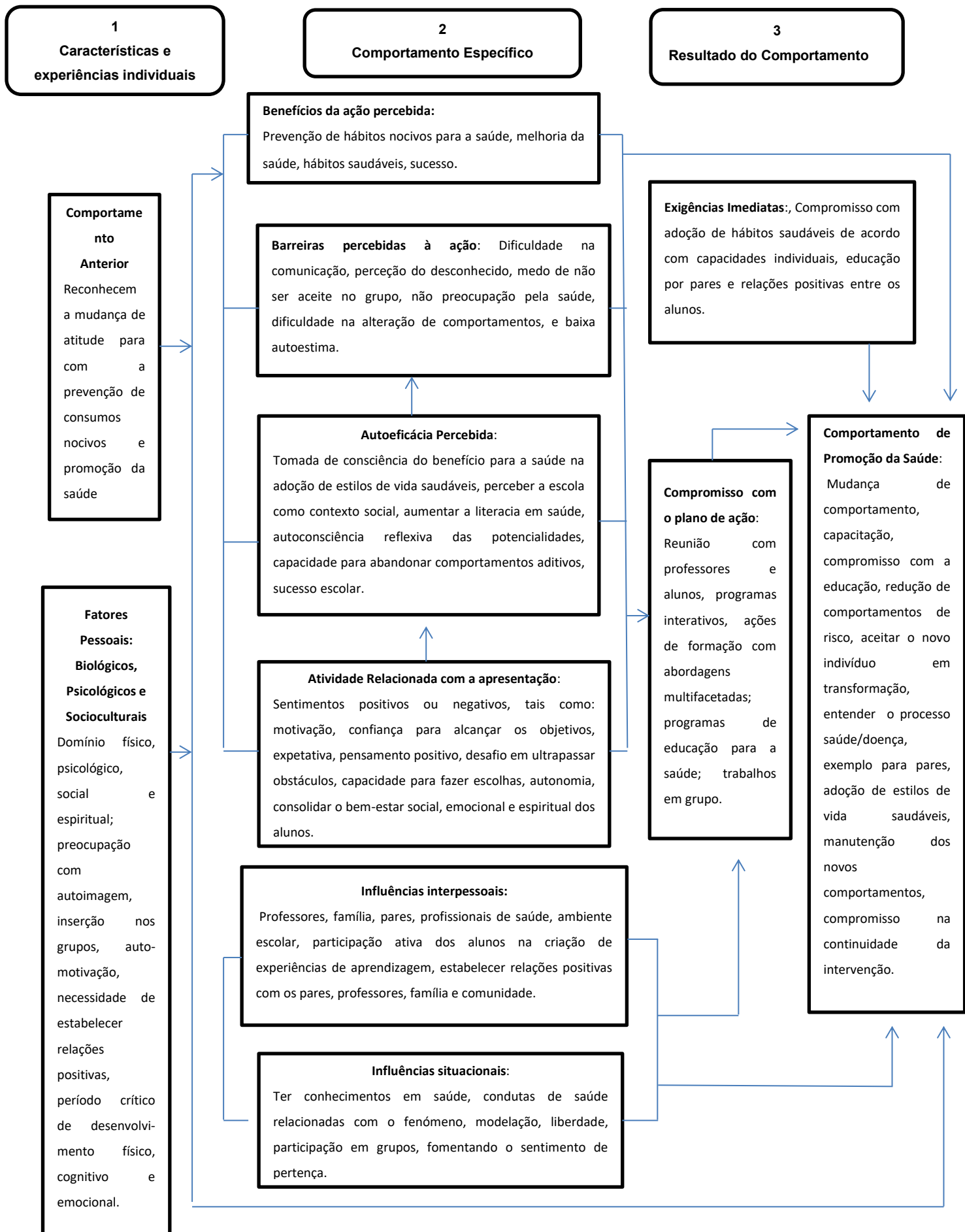
ANEXO II

Diagrama do Modelo de Nola Pender Adaptado a uma situação de Educação para a
Saúde aos Adolescentes na Prevenção do Consumo de Álcool

PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA: PREVENÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL, EM ADOLESCENTES COM VULNERABILIDADE ACRESCIDA

Diagrama do Modelo de Nola Pender adaptado a uma situação de Educação para a Saúde aos Adolescentes na Prevenção do Consumo de Álcool

Figura 1- Adaptado do Modelo de Nola Pender et al. (2015). Health Promotion in Nursing Practice (7ª ed.). New Jersey: Pearson



ANEXO III

Questionário de Conhecimentos acerca do álcool (QCAA)

QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS ACERCA DO ÁLCOOL (QCAA)

Por favor lê as frases que se seguem, assinalando com uma cruz (X) no VERDADEIRO “V” se considerares que a frase é verdadeira ou colocando uma cruz (X) no FALSO “F” se considerares que a frase é falsa.

		V	F
1	O álcool das bebidas alcoólicas é "álcool etílico" como o álcool que usamos para desinfetar a pele e que se vende nas farmácias.		
2	O consumo de álcool pode causar dependência.		
3	O teor alcoólico de uma bebida é a quantidade de álcool que a bebida tem.		
4	O consumo de álcool só é prejudicial se as pessoas beberem todos os dias.		
5	Nem todas as bebidas alcoólicas contêm álcool.		
6	O álcool faz com que as pessoas fiquem com mais força para trabalhar.		
7	Beber com moderação, significa um adulto saudável beber um ou dois copos de bebidas sem ser bebidas destiladas, repartidas pelas principais refeições.		
8	As pessoas que bebem muito durante toda a vida acabam por ficar doentes.		
9	As bebidas alcoólicas quando bebidas às refeições não fazem mal porque o álcool ajuda a fazer a digestão.		
10	O consumo de álcool nas crianças e nos jovens provoca problemas de aprendizagem e de memória.		
11	O álcool das bebidas alcoólicas é digerido no estômago junto com os alimentos.		
12	O álcool quando passa para o sangue tem preferência pelas partes do nosso organismo que têm mais água.		
13	Beber grandes quantidades de álcool pode ser mortal.		
14	Duas pessoas com o mesmo peso e a mesma altura reagem da mesma maneira à mesma quantidade de álcool.		
15	Quando se mistura água ou refrigerantes com bebidas alcoólicas diminui-se a quantidade de álcool.		
16	O efeito que o álcool provoca na pessoa depende apenas da quantidade de álcool que é ingerido.		
17	O alcoolismo provoca muitos problemas à pessoa e à sua família.		
18	A idade não tem influência na capacidade do fígado "queimar" o álcool.		
19	É perigoso conduzir depois de beber bebidas alcoólicas em grandes quantidades.		
20	Dois ou três copos, de uma bebida alcoólica qualquer, não provocam alterações.		
21	As mulheres grávidas não podem beber bebidas alcoólicas porque o álcool faz mal ao bebé.		
22	O álcool não é uma substância que cause dependência como as drogas.		
23	Beber com moderação, significa um adulto saudável beber de maneira a não se sentir tonto ou maldisposto.		

PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA: PREVENÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL, EM ADOLESCENTES COM VULNERABILIDADE ACRESCIDA

24	A cerveja é boa para "matar" a sede.		
25	O álcool das bebidas alcoólicas é "queimado" no fígado.		
26	Os efeitos que o álcool provoca dependem da idade da pessoa.		
27	O álcool quando passa para o sangue vai rapidamente para o nosso cérebro.		
28	O álcool estimula as pessoas e faz com que estas se sintam sempre bem-dispostas.		
29	Qualquer criança ou jovem pode comprar e beber bebidas alcoólicas.		
30	O alcoolismo é uma doença porque as pessoas estão dependentes do álcool		
31	As mulheres que estão a amamentar podem beber álcool desde que bebam com moderação.		
32	No nosso país há poucas pessoas que bebam muito.		
33	Quanto mais cedo se começa a beber, maior é a probabilidade de se vir a ter problemas relacionados com o álcool ao longo da vida.		
34	As pessoas quando bebem álcool ficam mais quentes porque o álcool aquece.		
35	O álcool mesmo em pequenas quantidades pode provocar alterações nos reflexos.		
36	O fígado está preparado para "queimar" qualquer quantidade de álcool.		
37	Os efeitos do álcool variam consoante se é do sexo masculino ou feminino.		
38	O álcool das bebidas alcoólicas depois de ingerido passa rapidamente do estômago para o sangue.		
39	Pode-se beber a mesma quantidade de álcool bebendo bebidas alcoólicas diferentes.		
40	O álcool é a causa de 4 em cada 10 mortes de acidentes de viação, afogamentos, queimaduras, quedas e outros acidentes.		

Obrigada pela tua participação!

ANEXO IV

Carta Europeia sobre o Álcool

Carta Europeia sobre o Álcool - OMS, Paris 1995



Princípios éticos

1. Todas as pessoas têm direito a uma família, uma comunidade e uma profissão protegida de acidentes, de violência e outras consequências negativas devidas ao consumo de álcool.
2. Todas as pessoas têm direito a uma informação e educação imparciais, iniciadas tão cedo quanto possível, sobre as consequências do consumo do álcool na saúde, na família e na sociedade.
3. Todas as crianças e adolescentes têm direito a crescer num ambiente defendido das consequências negativas do álcool e, o mais possível, da publicidade de tais bebidas.
4. Todas as pessoas com os referidos problemas do consumo do álcool, e os membros das suas famílias, têm o direito a tratamentos e cuidados acessíveis.
5. Todas as pessoas que não desejem consumir bebidas alcoólicas ou que não o possam fazer por questões de saúde têm o direito a serem protegidas de pressões sociais e apoiadas no seu comportamento de não consumidores.

Estratégias de acção

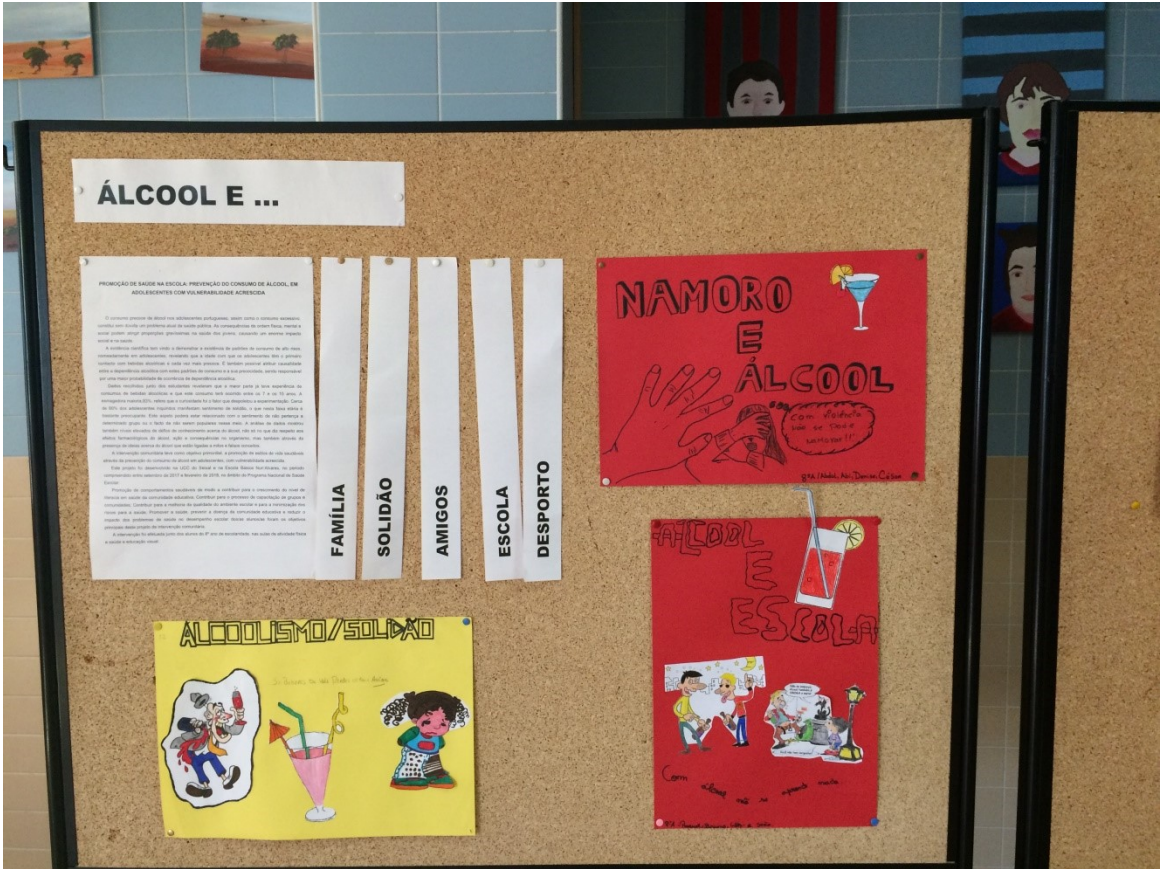
1. Informar as pessoas acerca das consequências do consumo de álcool, na saúde, família e sociedade, e das medidas que podem ser tomadas para a prevenção ou minimização do perigo, logo através de programas educacionais infantis.

2. Promover ambientes privados e profissionais protegidos dos acidentes, da violência e outras consequências nefastas do consumo do álcool.
3. Estabelecer e fazer cumprir leis que desencorajem, com eficácia a condução e o consumo simultâneo de álcool.
4. Promover a saúde através do controlo de bebidas alcoólicas, por exemplo para jovens, e influenciar os preços, por exemplo, com impostos.
5. Implementar regulamentações rigorosas, tendo em conta as que existem em alguns países, sobre publicidade direta e indireta, direccionada a jovens, nomeadamente anúncios que relacionam os desportos e o álcool.
6. Assegurar o acesso aos serviços de tratamento e reabilitação, prestados por pessoal qualificado, a todas as pessoas e familiares com problemas relacionados com o álcool.
7. Elevar o nível de consciência ética e legal de todos os que estão envolvidos no comércio e distribuição de bebidas alcoólicas no sentido de assegurar um controlo mais cerrado contra a produção e venda ilícitas.
8. Capacitar a sociedade para lidar com o alcoolismo através do treino de profissionais em sectores como o da saúde e segurança social, a educação e os tribunais, e para reforçar as ações das comunidades.
9. Apoiar as organizações não governamentais e movimentos de solidariedade social a promover modelos de vida saudáveis, sobretudo os modelos que previnam ou reduzam os efeitos nocivos do consumo do álcool.
10. Elaborar amplos programas-tipo nos Estados Membros, tendo em conta o presente Documento Europeu sobre o consumo do Álcool; definir alvos precisos e indicadores de resultados; seguir os progressos conseguidos, e atualizar regularmente os programas após avaliação.

ANEXO V

Cartazes elaborados pelos estudantes

PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA: PREVENÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL, EM ADOLESCENTES COM VULNERABILIDADE ACRESCIDA



PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA: PREVENÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL, EM ADOLESCENTES COM VULNERABILIDADE ACRESCIDA



ANEXO VI

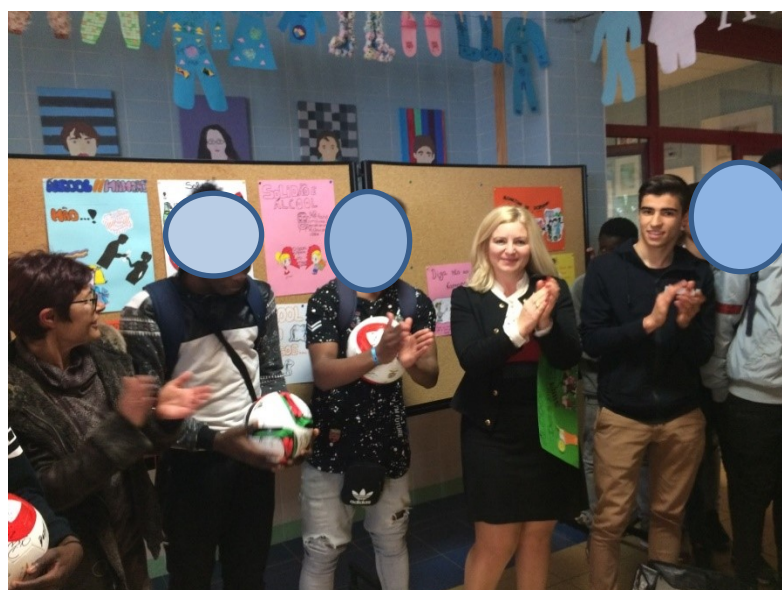
Cartaz vencedor



ANEXO VII

Fotografias do dia dos afetos

PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA: PREVENÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL, EM ADOLESCENTES COM VULNERABILIDADE ACRESCIDA



ANEXO VIII

Texto na página da Escola no endereço <http://www.aenunalvares.edu.pt/>.

PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA: PREVENÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL EM ADOLESCENTES COM VULNERABILIDADE ACRESCIDA

O consumo de álcool nos adolescentes portugueses, assim como o seu consumo excessivo, constitui sem dúvida um problema atual de saúde pública. As consequências de ordem física, mental e social podem atingir proporções gravíssimas na saúde dos jovens, causando um enorme impacto social e na saúde. A evidência científica tem vindo a demonstrar a existência de padrões de consumo de alto risco, nomeadamente em adolescentes, revelando que: a idade com que os adolescentes têm o primeiro contacto com bebidas alcoólicas é cada vez mais prematura. É também possível atribuir causalidade entre a dependência alcoólica com estes padrões de consumo e a sua precocidade, sendo responsável por uma maior probabilidade de ocorrência de dependência alcoólica. O consumo de álcool na adolescência assume particular importância, devido à vulnerabilidade a que os mesmos estão expostos. Ao nível de desenvolvimento biológico, em que o processo de maturação do Sistema Nervoso Central não está desenvolvido o suficiente, causando alteração na capacidade de degradação do álcool, e provocando danos cerebrais e deficits neuro cognitivos com impacto na aprendizagem e desenvolvimento intelectual dos adolescentes (Barroso, 2012; Lourenço 2014). Por outro lado, a evidência tem vindo a demonstrar que o início precoce de consumo de álcool está associado a comportamentos de risco, tais como absentismo escolar, comportamentos agressivos, acidentes de viação e consumo de outro tipo de drogas (Zeigler et al, 2005; Barroso, 2012; Rodrigues, 2014; Lourenço 2014). A intervenção comunitária teve como objetivo geral, a promoção de estilos de vida saudáveis/comportamentos, através da prevenção do consumo de álcool em adolescentes, com vulnerabilidade acrescida. Os enfermeiros, têm um papel preponderante, no desenvolvimento de estratégias de intervenção que visam a educação sobre o consumo de álcool nos adolescentes, no qual se destaca a promoção da saúde. Este projeto foi desenvolvido na UCC do Seixal sob a orientação da Enfermeira Susana Santos e do Professor Doutor José Edmundo Sousa, na Escola Básica Nun'Alvares, no período compreendido entre Setembro de 2017 e Março de 2018, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar. Foi utilizada a metodologia do Planeamento em Saúde, e teve como referencial teórico o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que preconiza uma

abordagem biopsicossocial no contacto com a pessoa, em que os enfermeiros têm uma oportunidade única de assumir a liderança na promoção de mais e melhor saúde para a comunidade. Promover e estimular mudanças de comportamentos relacionados com a saúde, aumentar comportamentos saudáveis e reduzir comportamentos de risco para a saúde, são o grande desafio do Enfermeiro (Pender et al., 2015). Dados recolhidos junto dos estudantes revelaram que a maior parte já teve experiência de consumos de bebidas alcoólicas e que este consumo terá ocorrido entre os 7 e os 15 anos. A esmagadora maioria, 93%, refere que a curiosidade foi o fator que despoletou a experimentação. Cerca de 60% dos adolescentes inquiridos manifestam sentimento de solidão, o que nesta faixa etária é bastante preocupante. Este aspeto poderá estar relacionado com o sentimento de não pertença a determinado grupo ou o facto de não serem populares nesse meio. A análise de dados mostrou também níveis elevados de défice de conhecimento acerca do álcool, não só no que diz respeito aos efeitos farmacológicos do álcool, ação e consequências no organismo, mas também através da presença de ideias acerca do álcool que estão ligadas a mitos e falsos conceitos. A intervenção comunitária teve como finalidade a promoção de comportamentos saudáveis de modo a contribuir para o crescimento do nível de literacia em saúde da comunidade educativa; contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades; contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e para a minimização dos riscos para a saúde; promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos/as alunos/as. A intervenção foi efetuada junto dos alunos do 8º ano de escolaridade, nas aulas de atividade física e saúde e educação visual. A intervenção teve vários momentos com os estudantes do 8º ano. Foram realizadas várias sessões de educação para a saúde sobre o álcool, de forma a colmatar as falhas detetadas no questionário de conhecimentos acerca do álcool; a elaboração de um trabalho em grupo sobre a presença e o risco do álcool em alguns pilares da vida quotidiana, tais como família, escola, amigos, desporto e namoro.

Os trabalhos foram expostos no átrio da Escola, onde decorreu uma sessão comemorativa do Dia dos Afetos envolvendo toda a comunidade educativa. Todos os alunos receberam um prémio de participação e os autores do melhor trabalho receberam cada um uma bola de futebol (assinada pelos jogadores) entregue por um jogador do Benfica. Como futura enfermeira especialista em Enfermagem

Comunitária considero ser imprescindível um entendimento profundo das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, bem como uma elevada capacidade para responder, de forma adequada, às necessidades dos diferentes indivíduos, grupos e comunidades, proporcionando ganhos efetivos em saúde. É imprescindível e emergente que se dê visibilidade à excelência da profissão de Enfermagem através da produção de indicadores que permitam demonstrar os ganhos em saúde a nível dos cuidados, transformando-nos deste modo em vetores de mudança, e assim contribuir para uma melhor qualidade de vida da população.

Referências Bibliográficas

Barroso, T., (2012). Parar para pensar: Intervenção em contexto escolar para a prevenção do uso e abuso do álcool. Loures: Lusociência

Lourenço, R., Martins, L., M., Soares, M., Duarte, S., Gomes, F. (2014). Consumo de álcool na adolescência: desafios de uma nova realidade. Acta Médica Portuguesa. 45:260-265.

Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2015). Health Promotion in Nursing Practice (7ª ed.). New Jersey: Pearson

Rodrigues, P., Salvador, A., Lourenço, I., Santos, L. (2014). Padrões de consumo de álcool em estudantes da Universidade de Aveiro: Relação com comportamentos de risco e stress. Análise Psicológica. 4 (XXXII): 453-466.

Zeigler DW, Wang CC, Yoast RA, Dickinson BD, McCaffree MA, Robinowitz CB, Sterling ML, Council on Scientific Affairs, American Medical Association. (2005). The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and College Students. PrevMed 40(1):23-32.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Scoping Review

PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA: PREVENÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL, EM ADOLESCENTES COM VULNERABILIDADE ACRESCIDA

REVISÃO SCOPING

Ana Sofia Tavares, Mestranda do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESEL. 2017
email de contacto: ana.sofia.tavares@campus.esel.pt

Review question

Quais as intervenções de enfermagem, que contribuem para a promoção de saúde na escola, na prevenção do consumo de álcool.

Objective

Aprofundar conhecimentos e identificar os estudos disponíveis relativamente à temática em questão, que permitam dar resposta à *review question*.

Background

O consumo precoce de álcool nos adolescentes em Portugal, assim como o seu consumo excessivo, constitui um problema atual de saúde pública. As consequências podem ser de ordem física, mental e social, e passíveis de atingir proporções gravíssimas na saúde dos jovens, comprometendo o seu futuro e causando um enorme impacto social e na saúde.

O álcool é uma substância de uso comum um pouco por todo o Mundo. A Europa acompanha esta tendência e apresenta níveis de consumo bastante elevados (Barroso, 2012).

Estudos recentes, tais como o Estudo sobre os Consumos de Álcool, Tabaco e Drogas (ECATD) (2016), têm demonstrado a existência de padrões de consumo de alto risco de bebidas alcoólicas, como a embriaguez e o consumo ocasional excessivo (*binge drinking*), especialmente em adolescentes e jovens, revelando também que a idade com que os adolescentes têm o primeiro contacto com bebidas alcoólicas é cada vez mais precoce.

A relação entre o consumo precoce e estes padrões de consumo excessivo de álcool, é responsável por uma maior probabilidade de ocorrência de dependência alcoólica

A Direção Geral da Saúde (DGS) (2015), através do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) preconiza como área de intervenção, a prevenção do consumo de bebidas alcoólicas, no âmbito da capacitação da comunidade educativa para a adoção de estilos de vida saudável. O mesmo documento salienta ainda a adolescência como a idade alvo para o início dos comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de substâncias psicoativas.

Torna-se assim fundamental a intervenção preventiva em meio escolar. “A escola é um local onde a grande maioria dos jovens passam grande parte do seu tempo, mas é importante não esquecer que frequentam outros espaços onde são confrontados com situações que os desafiam”. (Goulão, 2007, p.8).

Nesse sentido, um ambiente escolar positivo, no qual a criança/jovem se sente envolvido seguro e reforçado, tem um papel fundamental no desenvolvimento ajustado, das crianças e jovens, nomeadamente na capacidade destes lidarem com o risco associado aos comportamentos aditivos e dependências. “É então prioritário fomentar e promover intervenções no meio escolar” (Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool - PNRPLA 2013/2020, p.58).

A adolescência é uma fase do ciclo vital caracterizada por diversas transformações a vários níveis, nomeadamente alterações a nível físico, social, psicológico, comportamental, cognitivo e relacional. A OMS considera adolescentes, todos os indivíduos com idade compreendida entre os 10 e os 19 anos, ou seja num período do crescimento e desenvolvimento humano que ocorre após a infância e antes da idade adulta, já não é criança mas também ainda não é adulto.

O consumo de álcool na adolescência assume particular importância, devido à vulnerabilidade a que os mesmos estão expostos. Ao nível de desenvolvimento biológico, em que o processo de maturação do Sistema Nervoso Central não está desenvolvido o suficiente, causando alteração na capacidade de degradação do álcool, e provocando danos cerebrais e deficits neuro cognitivos com impacto na aprendizagem e desenvolvimento intelectual dos adolescentes (Barroso, 2012; Lourenço 2014).

A infância e a adolescência são períodos do ciclo vital marcados por grande vulnerabilidade, sendo representados por fases em que o ser humano está a crescer e a desenvolver-se, tanto física como intelectualmente, exigindo desta forma atenções e cuidados redobrados.

De acordo com o PNSE 2015, estão preconizadas várias áreas de intervenção, no âmbito da capacitação da comunidade educativa, tendo em vista a promoção da saúde a vários níveis: saúde mental e competências socio emocionais; educação para os afetos e a sexualidade; alimentação saudável e atividade física; higiene corporal e saúde oral; hábitos de sono e repouso; educação postural; prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância.

As escolas são responsáveis pela segurança e bem-estar dos seus alunos, funcionando como elo de ligação entre eles e as suas famílias, os diversos serviços de saúde e a comunidade (Dias,2013).

Torna-se assim de elementar importância, haver uma atuação concertada dos cuidados de saúde primários ao nível da escola, local onde as crianças e adolescentes passam a maior parte do seu tempo, e trabalham na edificação dos seus conhecimentos e saberes.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, tem um papel preponderante na promoção da saúde na comunidade escolar, e desenvolvimentos destes projetos. De acordo com a OE (2011) estes profissionais devem: dinamizar programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diversos contextos; e participar em parceria com outras instituições da comunidade em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade.

Educar para a saúde é criar condições para que o individuo ou grupo, adquiram informações e competências que lhes permitam construir ou desenvolver atitudes através de escolhas, que se pretendem saudáveis, e têm como objetivo principal a modificação de eventuais comportamentos de risco. Neste sentido as mudanças ocorrem, quando no processo de Educação para a Saúde (EPS) os interesses e necessidades dos mesmos, são considerados e valorizados envolvendo-os neste processo como atores principais, que se querem ativos e participantes.

Keywords

Vulnerabilidade acrescida/ high vulnerability;

Adolescente/teenager;

Alcoolismo/alcoholism;

Escola/school.

Saúde/Health

Intervenção de enfermagem/Nurse intervention

Inclusion Criteria

Estudos que contemplem intervenções relacionadas com a prevenção do alcoolismo no âmbito da saúde escolar;

Estudos em que os participantes sejam adolescentes/jovens em idade escolar.

Artigos com texto completo e resumo disponível; data de publicação entre 2011-2017; que estejam publicados na língua inglesa ou portuguesa.

Exclusion Criteria

Estudos não relacionados com a temática em análise, que não respondam à questão inicial.

Types of participants

Adolescentes/jovens em idade escolar, com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos).

Types of intervention of interest

Que intervenções de enfermagem, mais contribuem para a promoção de saúde na escola, nomeadamente na prevenção do consumo de álcool.

Types of outcomes

Prevenir o consumo de álcool nos adolescentes, através da promoção de estilos de vida saudáveis.

Types of studies

Estudos qualitativos e quantitativos.

Search strategy

A revisão *scoping* é um processo de mapear a literatura ou evidência existente. Este tipo de revisão tem várias características específicas, tais como: a questão

inicial é ampla, aberta, os critérios de inclusão/exclusão podem ser definidos à *posteriori*, em vez de antes de começar a revisão, a escolha do material a rever não foca a qualidade da investigação como prioridade inicial, pode ou não envolver extração de dados; a síntese é fundamentalmente qualitativa e raramente quantitativa. Na maioria das situações é utilizada para identificar as variáveis e as lacunas do corpo da literatura existente.

O objetivo principal desta revisão, prende-se com a necessidade de aprofundar conhecimentos e identificar os estudos disponíveis relativamente à temática em questão. Foi utilizada a plataforma agregadora de bases de dados EBSCO; a pesquisa foi realizada separadamente na MEDLINE e CINAHL, através da ligação vpn – ESEL.

Foi ainda realizada uma pesquisa livre, utilizando os vários termos definidos.

Durante a pesquisa deve ser utilizada uma terminologia que possibilite padronizar os vocábulos de modo a facilitar a organização da informação. Deste modo, foram aplicados na MEDLINE, os descritores MeSH (Medical Subject Headings) e na CINAHL os descritores Headings: vulnerabilidade acrescida/ high vulnerability, adolescente/teenager, alcoolismo/alcoholism, saúde/health, intervenção de enfermagem/nurse intervention e escola/school. A ligação das palavras é efetuada através de operadores lógicos – *or* ou *and*, que podem restringir ou expandir os resultados.

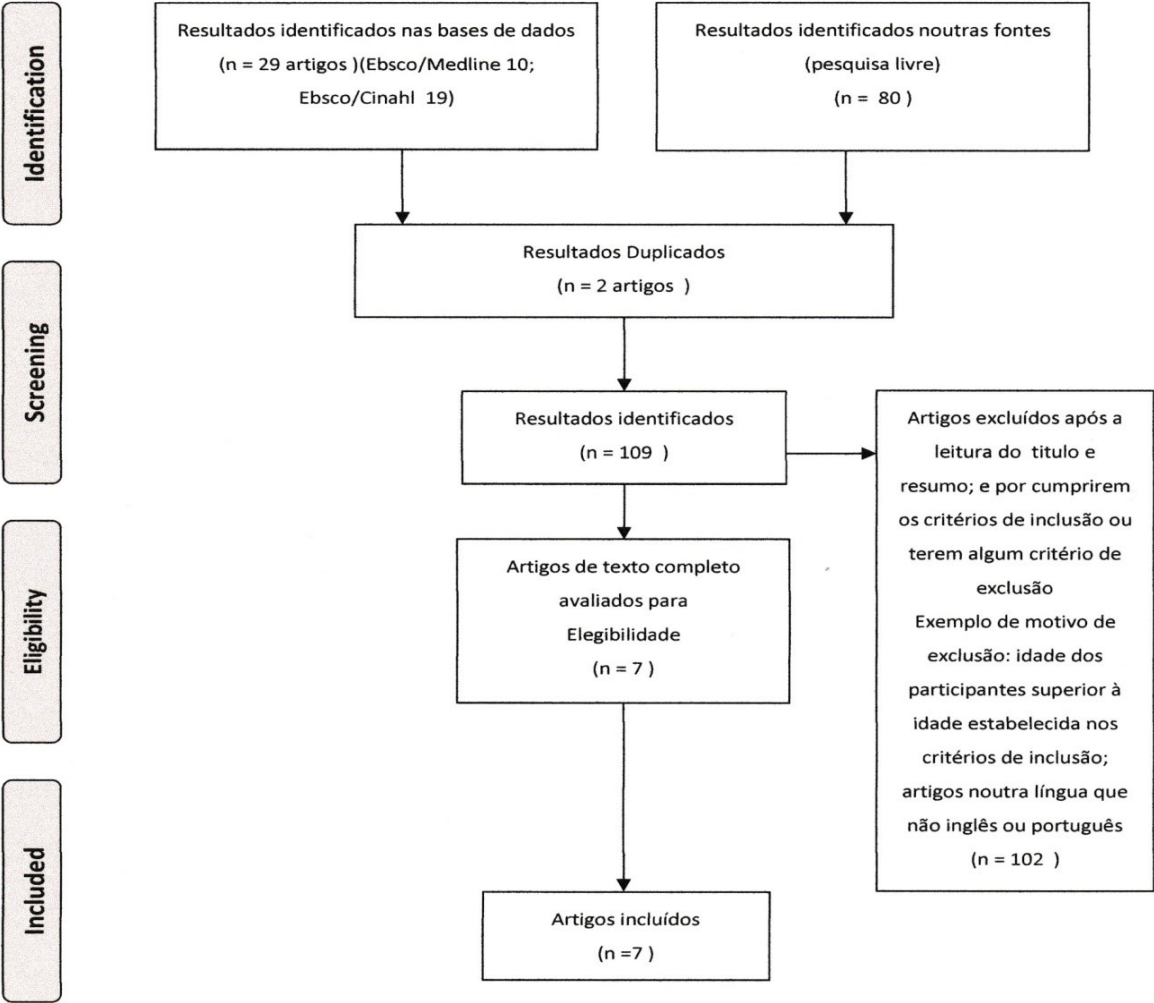
Após análise dos vários títulos e resumos/abstracts, foram excluídos alguns artigos por não serem considerados relevantes para este estudo, bem como aqueles que não continham informação suficiente para realizar apreciações credíveis. No final, foram incluídos 7 artigos no total, 4 da Medline e 3 da Cinahl.

O processo de pesquisa foi realizado durante os meses de março e maio de 2017.

População	Adolescentes/Jovens com idades compreendidas entre os 10 e 19 anos.
Conceito	Alcoolismo; Vulnerabilidade acrescida; Saúde
Contexto	Escola; Intervenções de enfermagem

--

Figura 1 – Diagrama PRISMA Flow do processo de extração dos resultados



Após a seleção dos estudos a incluir, utiliza-se a ferramenta de extração de dados da Joanna Briggs Institute⁸ (JBI), representada na tabela abaixo.

Tabela 1- Ferramenta de extração de dados da JBI

Autor
Ano de Publicação
País de origem
Objetivos/Finalidade
População do estudo e tamanho da amostra
Metodologia
Intervenção (se aplicável)
Duração da intervenção (se aplicável)
Desfechos/Resultados
Principais conclusões (que se referem a esta pergunta da revisão)

Esta pesquisa veio corroborar a ideia que o consumo excessivo de álcool na adolescência tem vindo a aumentar, um pouco por todo o mundo.

No entanto, a investigação científica demonstra a existência de alguns comportamentos de risco associados, como a embriaguez e o consumo ocasional excessivo (*binge drinking*).

Deste modo, a prevenção do consumo de álcool integrada no contexto da promoção de saúde, é considerada área prioritária para a capacitação da comunidade educativa na adoção de estilos de vida saudáveis.

Alguns estudos mostraram que a transição da adolescência para a juventude e o convívio na escola, está, por vezes, associada a uma maior vulnerabilidade ao uso e abuso de álcool.

Foram desenvolvidos diversos programas de formação nas escolas, que evidenciaram resultados positivos, mostrando a existência de uma relação entre o conhecimento e as atitudes positivas e preventivas, no consumo de álcool na adolescência.

CINAHL

AUTORES	LOCAL E TIPO DE ESTUDO	TÍTULO DO ESTUDO / FINALIDADE	RESULTADOS / CONCLUSÕES
Kaur,I., Poonam Sharma, Sanjay Gupta 2014	O estudo foi desenvolvido na Índia, na região de Ambala, Haryana. Foi utilizada uma abordagem de pesquisa não experimental, estudo descritivo e comparativo.	A Study to assess and Compare the Knowledge and Attitude Towards Alcoholism among Adolescents of Selected Private and Government Senior Secondary Schools of Ambala, Haryana. Os objetivos do estudo foram avaliar e comparar o conhecimento e a atitude com o alcoolismo entre adolescentes de escolas secundárias de nível privado e público. O estudo também teve como objetivo determinar a relação entre o conhecimento e os índices de atitudes dos adolescentes da Escola Secundária Primária e Privada e encontrar a associação de níveis de conhecimento e atitude com o alcoolismo entre os adolescentes do Ensino Secundário Privado e Governamental com Variáveis Pessoais Seleccionadas	Os resultados demonstraram a existência de uma relação entre o conhecimento e as atitudes positivas e preventivas. O estudo conclui que nas escolas estatais, a influência à experimentação de bebidas alcoólicas, é ligeiramente mais elevada, face às escolas privadas.
Lisa Paul, Ramya K 2013	Foi desenvolvido um estudo quantitativo quase-experimental. Realizado em Thrissur, na região de Kerala, no sudoeste da Índia.	Effectiveness of Structured Teaching Programme on Knowledge and Attitude Towards Alcoholism among Adolescents. O grande objetivo foi estudar a eficácia de um programa estruturado sobre os conhecimento e atitudes dos adolescentes face ao alcoolismo, de modo a que os conhecimentos adquiridos a partir deste estudo possam ser	Os conhecimentos sobre o álcool ficaram aquém do que se esperava. Os jovens mostraram ter conhecimentos deficitários. Devem ser incrementados programas de ensino e prevenção de consumo de álcool.

PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA: PREVENÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL, EM ADOLESCENTES COM VULNERABILIDADE ACRESCIDA

		utilizadas de forma eficaz, nos programas de saúde pública.	
Richard Midford, Helen Cahill, Robyn Ramsden, et al. 2012	Realizado na Austrália. É um estudo quantitativo Correlacional, em que há um grupo de cohort, e um de caso-controlo .	Alcohol prevention: What can be expected of a harm reduction focused school drug education programme? O objetivo foi mostrar que os benefícios de prevenção de álcool poderiam ser alcançados por meio de uma intervenção estruturada e direcionada, acerca de consumos nocivos, nomeadamente álcool e outras drogas.	Os resultados mostram uma eficácia no grupo que recebeu o ensino/formação sobre prevenção de consumos nocivos. Os autores sugerem que o modelo testado neste estudo, deve ser alargado mais escolas e mais estudantes, contribuindo assim para melhor saúde na população.

MEDLINE

AUTORES , ANO E PUBLICAÇÃO	LOCAL E TIPO DE ESTUDO	TÍTULO DO ESTUDO / FINALIDADE	RESULTADOS / CONCLUSÕES
Jacqueline A. Bowden, Paul Delfabbro, Robin Room, et al. 2017 BMC Public Health	Realizado na Austrália.	Prevalence, perceptions and predictors of alcohol consumption and abstinence among South Australian school students: a cross-sectional analysis Este estudo investigou a prevalência, de consumo de álcool entre adolescentes, e também quais as suas percepções da ligação entre álcool e o cancro.	Os adolescentes mostraram baixa percepção entre consumo de álcool e cancro. Os autores sugerem que campanhas de educação, onde seja dado destaque ao vínculo entre álcool e o cancro, podem ter efeitos positivos para os jovens.
Carina Carbia, Fernando Cadaveira, Francisco Caamaño-Isorna2, et al. 2017 PLOS ONE	Realizado em Santiago de Compostela, Espanha. Estudo quantitativo, correlacional.	Binge drinking during adolescence and young adulthood is associated with deficits in verbal episodic memory O objetivo do estudo foi analisar a relação entre o Binge Drinking e a memória episódica verbal durante o período de desenvolvimento que se abrange desde a adolescência até o início da idade adulta.	Os resultados mostraram que o padrão de consumo tipo Binge Drinking, está relacionado com défices de memória.
Patrícia M Zarzar, Kelly Jorge, Tuula Oksanen, et al. 2012 BMC Public Health	Estudo transversal, realizado em Belo Horizonte, Brasil.	Association between binge drinking, type of friends and gender: A cross-sectional study among Brazilian adolescents Examinar a prevalência do consumo excessivo de álcool e sua associação com diferentes tipos de redes de amizade, género e status socioeconómico	A prevalência do consumo de álcool entre , com padrão do tipo Binge Drinking, está a aumentar no Brasil. Foi possível estabelecer ligação entre amizades virtuais, jovens com baixa vulnerabilidade social e do

PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA: PREVENÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL, EM ADOLESCENTES COM VULNERABILIDADE ACRESCIDA

		entre estudantes brasileiros (15 – 19 anos).	sexo masculino.
Yuri Silva Toledo Brandão, Divanise Suruagy Correia, Maria Stella Jakeline Alves de Farias, et al. 2011 Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences	Estudo analítico, realizado numa Universidade do Brasil.	The prevalence of alcohol consumption among the students newly enrolled at a public university Avaliar a prevalência de consumo de álcool em estudantes recém matriculados numa universidade em Alagoas, Brasil.	O estudo demonstrou que a transição da adolescência para a juventude e o tempo de estudo na universidade são marcados por uma maior vulnerabilidade ao abuso de álcool. A família é decisiva para o início do consumo de álcool, e a universidade é também um fator que aumenta a possibilidade de manter a prática.

APÊNDICE II

Autorização dos Encarregados de Educação para o preenchimento do questionário

A ser devolvido ao Diretor de Turma

Exmo(a) Encarregado de Educação

Chamo-me Ana Sofia Nunes Tavares, sou enfermeira a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Encontro-me a elaborar um projeto de intervenção comunitária no âmbito da vulnerabilidade acrescida nos adolescentes para o consumo do álcool, com o objetivo de sensibilizar os adolescentes para a tomada de decisão consciente e informada acerca do consumo de álcool na adolescência.

Este projeto será realizado no plano de ação da saúde escolar, em parceria com a UCC do Seixal.

O diagnóstico de situação de saúde será efetuado por meio de um questionário (confidencial e anónimo) que será preenchido pelos alunos durante uma aula.

A implementação do projeto, e correspondentes atividades, decorrerá durante o primeiro período do ano letivo 2017/2018.

Venho por este meio pedir a sua autorização para que o seu educando colabore neste projeto. Lembro que a vossa colaboração é voluntária e as respostas aos questionários serão tratadas de forma anónima e confidencial.

Grata pela sua disponibilidade

Atenciosamente, e ao seu dispor para esclarecer qualquer dúvida, aguardo sua resposta

Ana Sofia Nunes Tavares (ana.sofia.tavares@campus.esel.pt)

Eu _____
encarregado de educação de _____
venho por este meio autorizar/não autorizar (riscar o que não interessa) que o meu educando participe no projeto de intervenção comunitária acima referido.

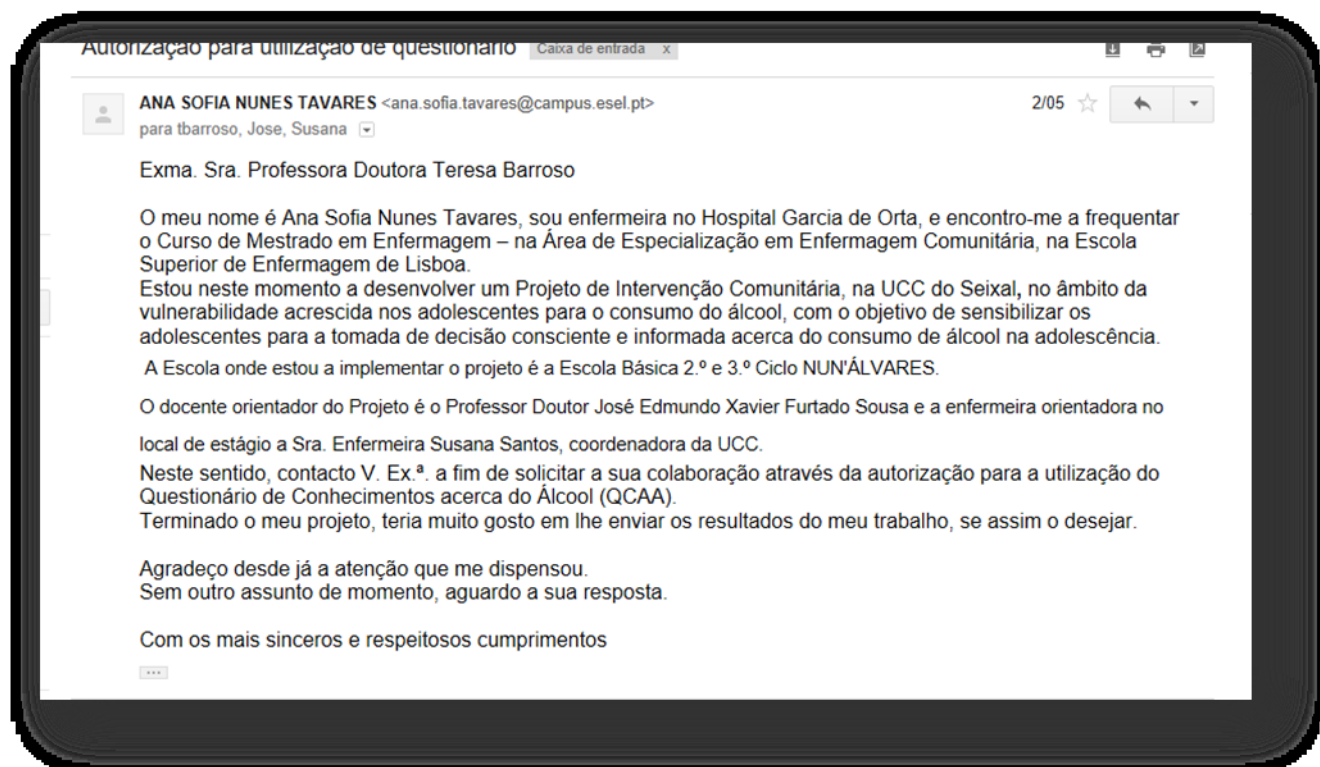
Assinatura Encarregado Educação

Seixal, _____ de _____ de 2017

APÊNDICE III

Autorização para a utilização do QCAA

PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA: PREVENÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL, EM ADOLESCENTES COM VULNERABILIDADE ACRESCIDA



Teresa Barroso <tbarroso@esentc.pt> 2/05 ☆
para mim ▾

Cara Enf Ana,
Em primeiro lugar cumprimentá-la pela eleição de uma temática tão relevante.
Autorizo a utilização do Questionário de Avaliação de conhecimentos úteis acerca do álcool.
Com os meus melhores cumprimentos,
Teresa Barroso

Enviado do meu iPhone

APÊNDICE IV

Instrumento de recolha de dados
1ª parte/caracterização sociodemográfica

Questionário

Promoção de saúde na escola - prevenção do consumo de álcool, em adolescentes com vulnerabilidade acrescida

A tua colaboração é voluntária e anónima (não escrevas o teu nome em nenhuma folha). As respostas serão tratadas de forma anónima e confidencial.

Este questionário está dividido em duas partes, a primeira pretende fazer uma avaliação sociodemográfica dos participantes e a segunda avaliar os teus conhecimentos acerca do álcool.

Preenche todos os itens do questionário, assinalando com uma cruz (X) a opção com que melhor te identificas.

A tua participação é muito importante!!

Parte 1 – Caracterização sociodemográfica e hábitos de vida

1 – Idade -----

2 – És do sexo:

1 - ☐ Feminino 2 - ☐ Masculino

3 – Que ano escolar frequentas? ----- ano.

4 – Vives com quem?

1 - ☐ Pai e mãe

2 - ☐ Pai

3 - ☐ Mãe

4 - ☐ Outros Quem?.....

5 – Tens irmãos?

1 - ☐ Sim 2 - ☐ Não

5.1 – Se sim, quantos? -----

5.2 – Vivem contigo?

1 - ☐ Sim 2 - ☐ Não

6 – Os teus pais trabalham?

1 - ☐ Só o pai

2 - ☐ Só a mãe

3 - ☐ Ambos

4 - ☐ Nenhum

7 – A tua casa é:

1 - ☐ Um apartamento

2 - ☐ Uma moradia

3 - ☐ Outra Qual?

8 – Tens um quarto só para ti?

1 - ☐ Sim 2 - ☐ Não

8.1 - Se não, partilhas o teu quarto com quem?-----

9 – Quando tens problemas com quem falas?

- 1 - ☐ Pais
- 2 - ☐ Familiares
- 3 - ☐ Amigos
- 4 - ☐ Outros Quem? -----

10 – Os teus pais bebem bebidas alcoólicas?

- 1 - ☐ Bebem com regularidade/diariamente
- 2 - ☐ Bebem raramente, quase nunca
- 3 - ☐ Não bebem

11 – Sentes-te só?

- 1 - ☐ Sempre
- 2 - ☐ Muitas vezes
- 3 - ☐ Poucas vezes
- 4 - ☐ Nunca

12 - Já alguma vez bebeste uma bebida alcoólica (cerveja, vinho, licores, shots, whisky, champanhe)?

- 1 - ☐ Sim
- 2 - ☐ Não (Se não, podes avançar para o ponto 21)

13 - Quando bebeste pela primeira vez

13.1 – Que idade tinhas _____

13.2 – Os teus pais estavam presentes?

1 - ☐ Sim 2 - ☐ Não

13.3 – Quem estava contigo?

1 - ☐ Amigos 2 - ☐ Outros familiares 3 - ☐ Sozinho

14 – Já bebeste alguma bebida na escola?

1 - Sim ☐ 2 - ☐ Não

15 – Se sim, com quem estavas?

1 - ☐ Amigos/colegas

2 - ☐ Sozinho

16 – Porque experimentaste bebidas alcoólicas?

1 - ☐ Para acompanhar o grupo

2 - ☐ Para acompanhar o grupo

3 - ☐ Porque estava triste

4 - ☐ Porque estava com problemas

17 - Quando consumes álcool como te sentes?

- 1 - ☐ Muito alegre e bem-disposto
- 2 - ☐ Sonolento
- 3 - ☐ Com vômitos
- 4 - ☐ Com dificuldade em andar

18 - Com que frequência bebes bebidas alcoólicas?

- 1 - ☐ Todos os dias
- 2 - ☐ Aos fins de semana
- 3 - ☐ De vez em quando

19 - Quando bebes bebidas alcoólicas, quantos copos de bebida bebes na mesma ocasião?

- 1 - ☐ Um
- 2 - ☐ Dois
- 3 - ☐ Três
- 4 - ☐ Quatro
- 5 - ☐ Cinco ou mais

20 – Já alguma vez ficaste embriagado?

1 - ☐ Sim 2 - ☐ Não

20 .1 – Se sim, já necessitaste de apoio médico?

1 - ☐ Sim 2 - ☐ Não

21 – Já tiveste alguma formação/aula na escola sobre os malefícios do álcool?

1 - ☐ Sim 2 - ☐ Não

APÊNDICE V

Caracterização sociodemográfica da amostra

Caracterização sociodemográfica da amostra

Gráfico nº1 - Distribuição dos participantes por idade

Pergunta – Que idade tens?

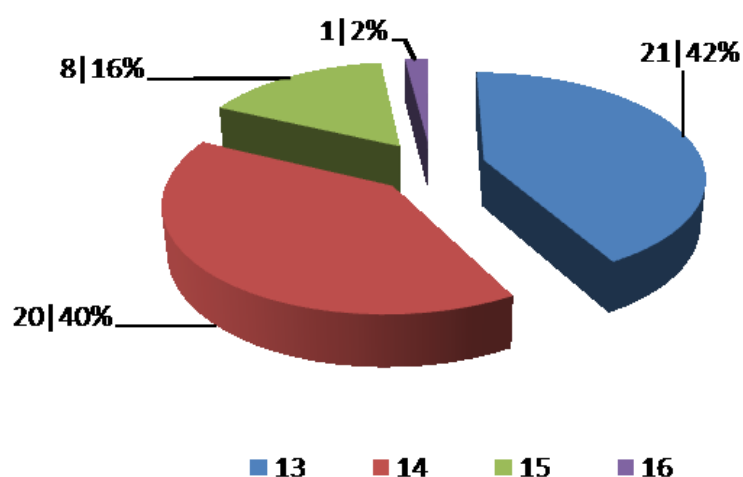


Gráfico nº 2 - Distribuição dos participantes por sexo

Pergunta – És do sexo?

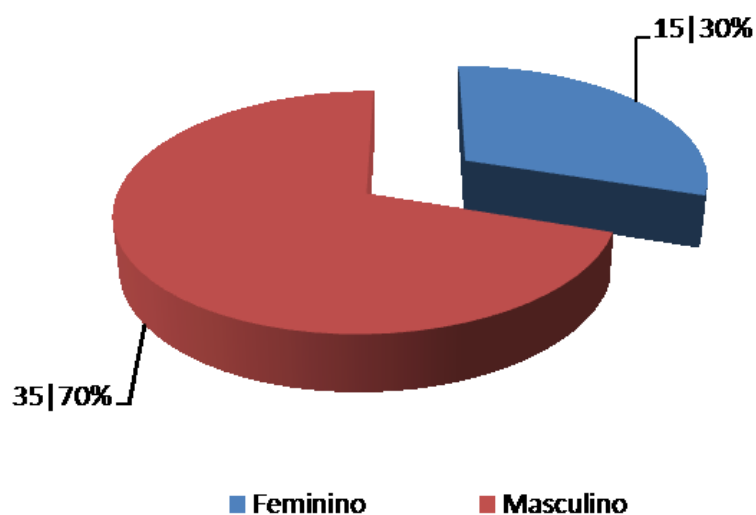


Gráfico nº 3 - Distribuição dos participantes por familiares ou outros com quem vive

Pergunta – Com quem vives?

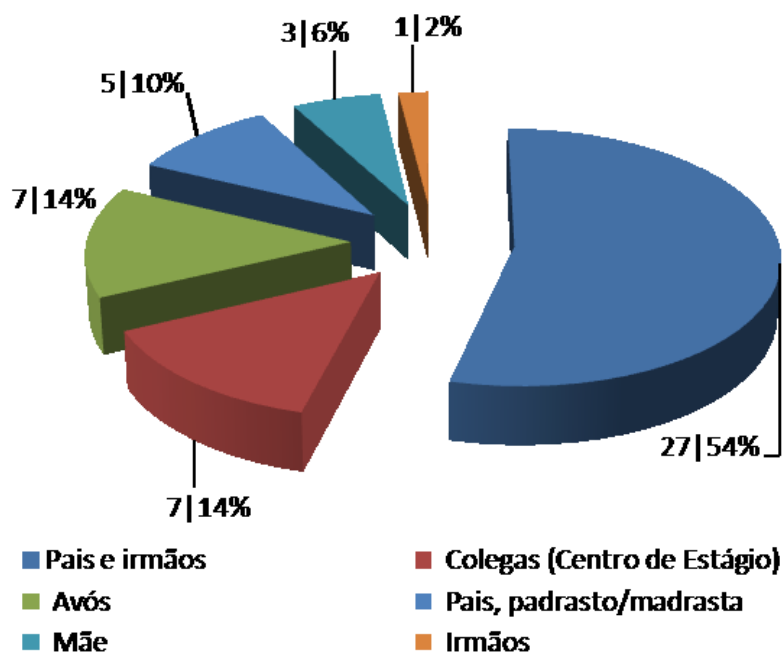


Gráfico nº4 - Distribuição dos participantes por terem ou não irmãos

Pergunta - Tens irmãos?

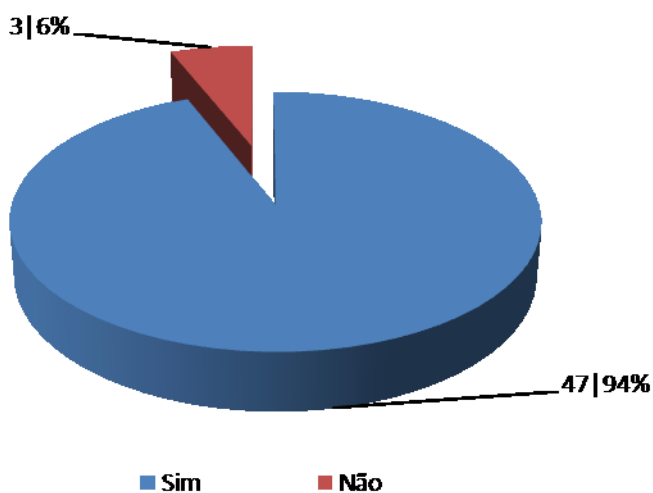


Gráfico nº5 - Distribuição dos participantes quanto ao número de irmãos

Pergunta - Quantos irmãos tens?

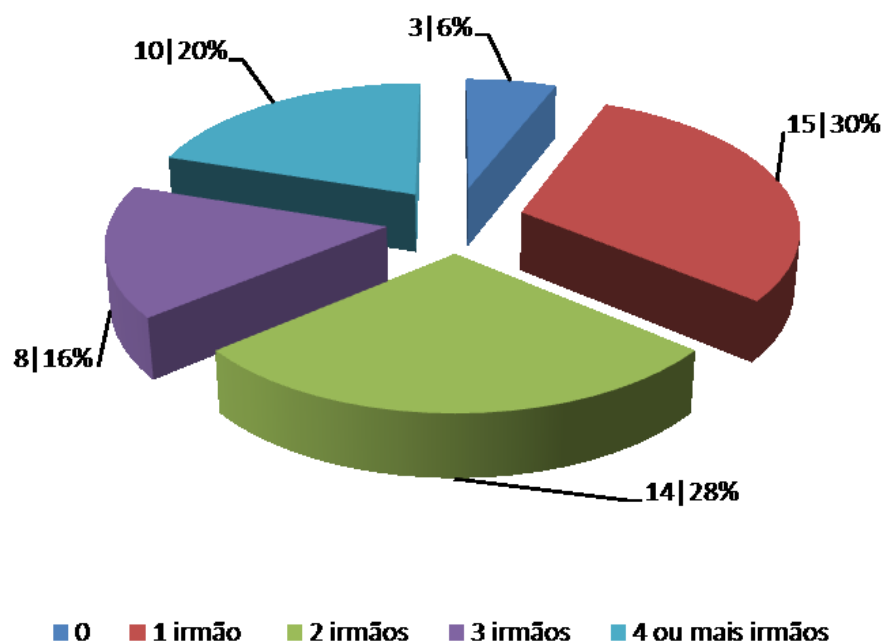


Gráfico nº 6 - Distribuição dos participantes em relação aos irmãos viverem com eles ou não

Pergunta – Os teus irmãos vivem contigo?

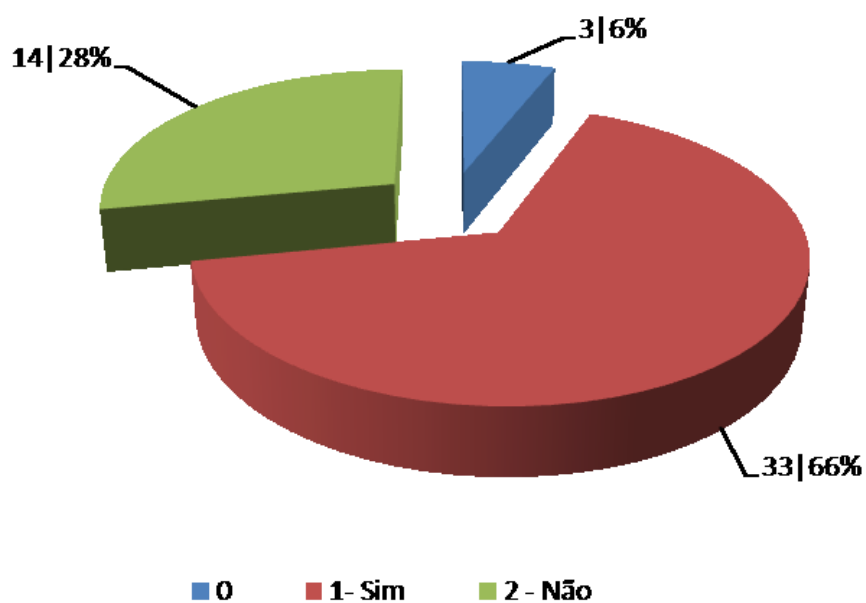


Gráfico nº 7 - Distribuição dos participantes quanto à situação laboral dos pais

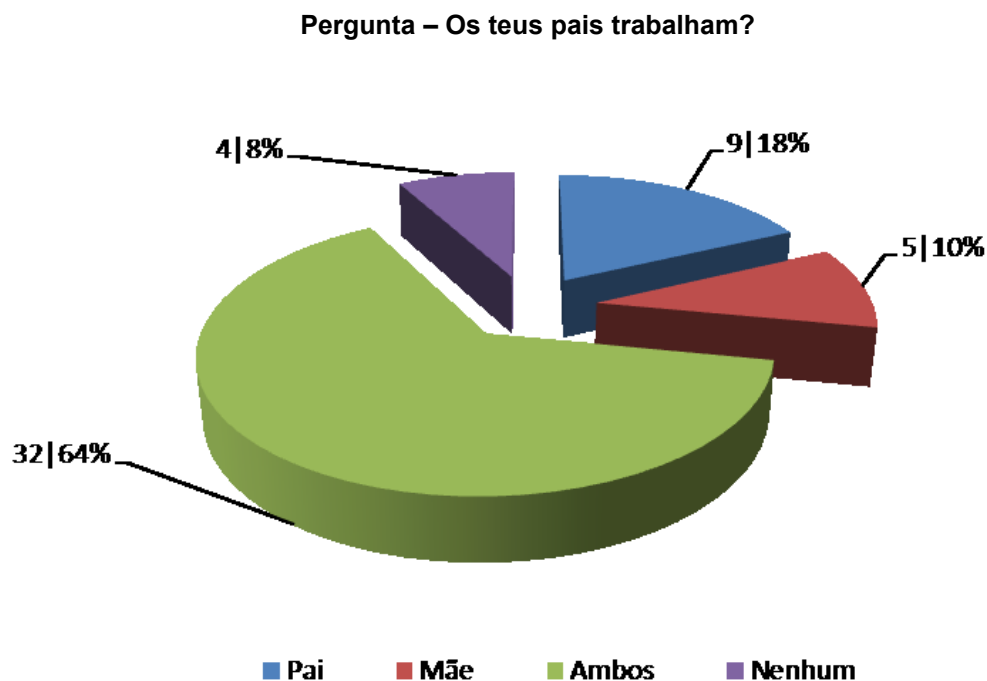


Gráfico nº 8 - Distribuição dos participantes por tipo de habitação

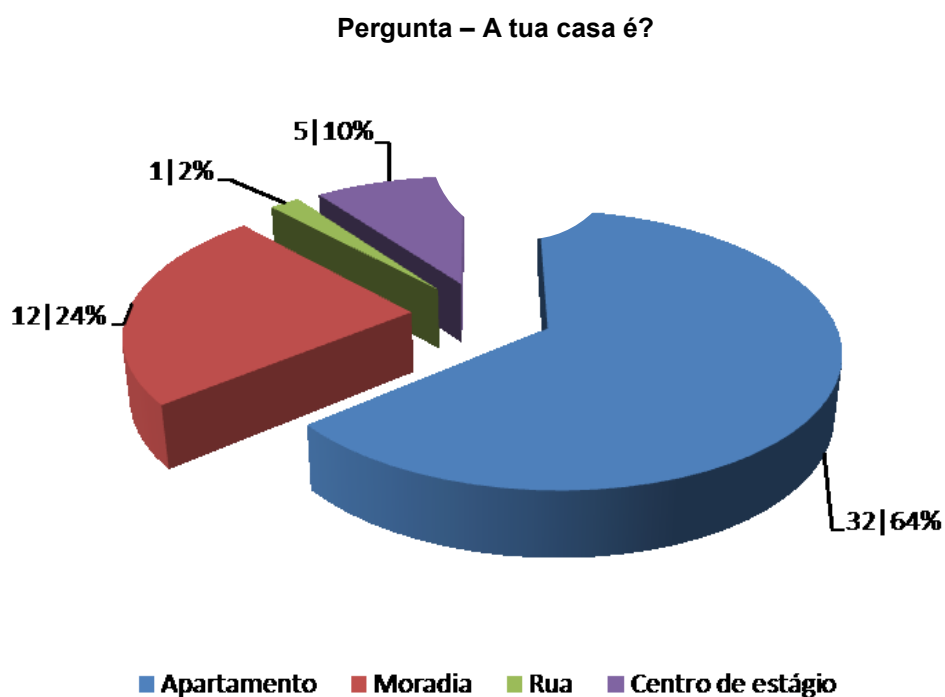


Gráfico nº 9 - Distribuição dos participantes por ter um quarto individual

Pergunta – Tens um quarto só para ti?

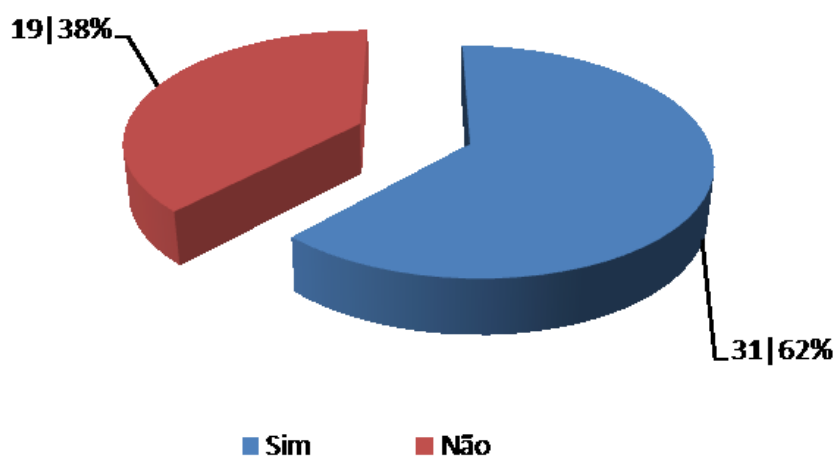


Gráfico nº 10 - Distribuição dos participantes por partilha de quarto

Pergunta – Com quem partilhas o quarto?

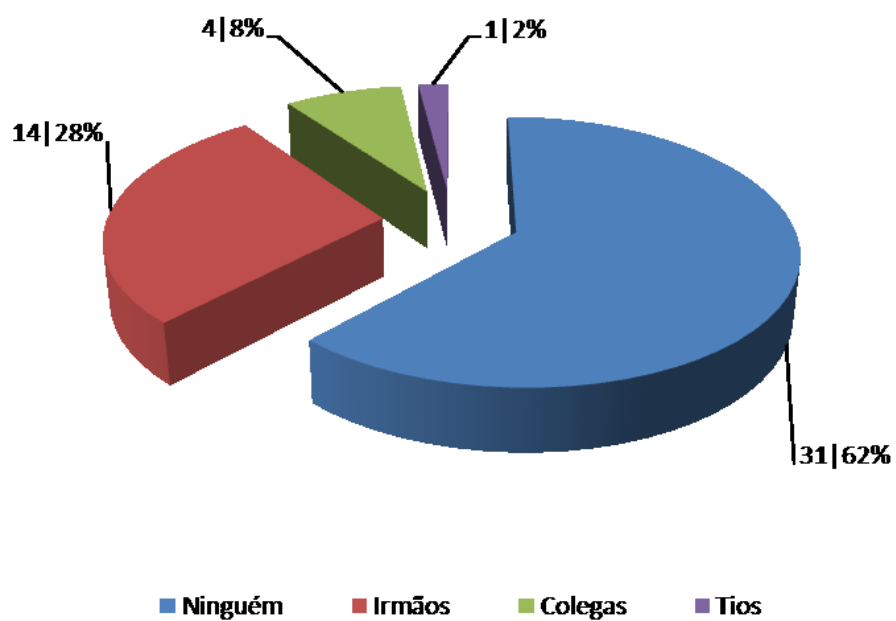


Gráfico nº 11 – Distribuição dos participantes quanto à partilha de problemas

Com quem partilhas os problemas?

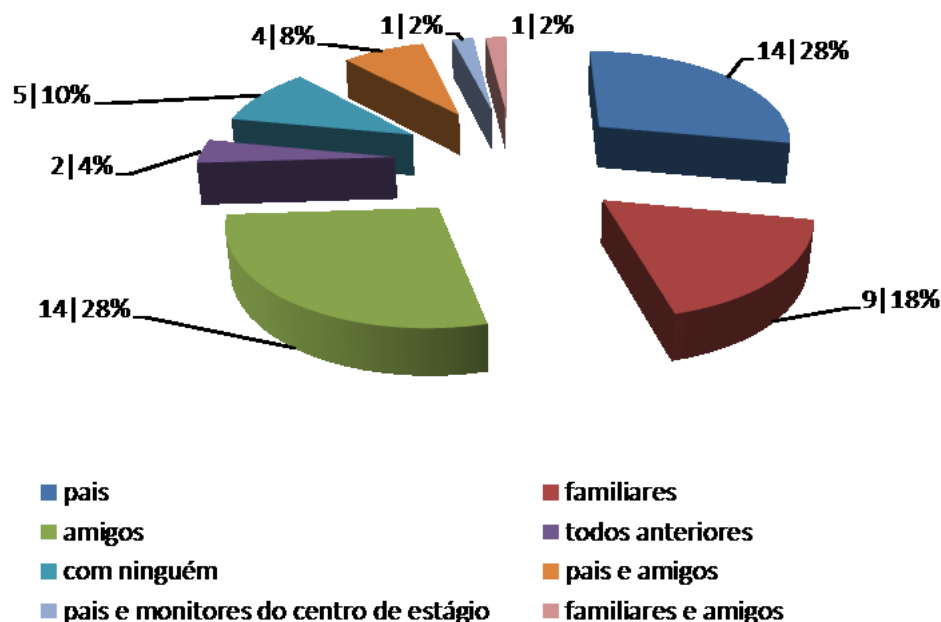


Gráfico nº 12 – Distribuição dos participantes quanto ao consumo de bebidas alcoólicas pelos pais

Os teus pais consomem bebidas alcoólicas

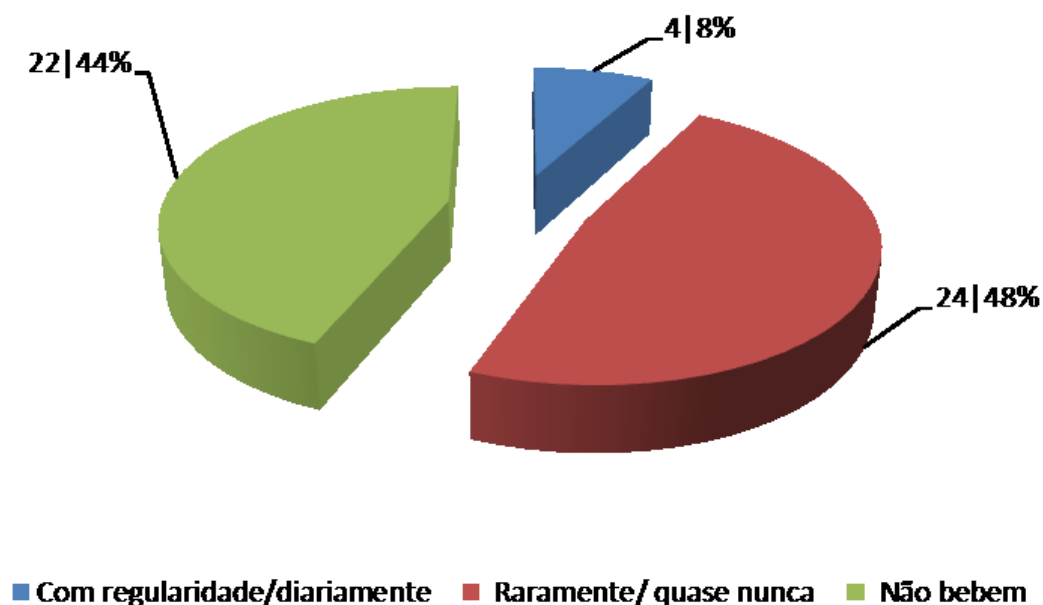


Gráfico nº 13 - Distribuição dos participantes quanto ao sentimento de solidão

Pergunta - Sentes-te só?

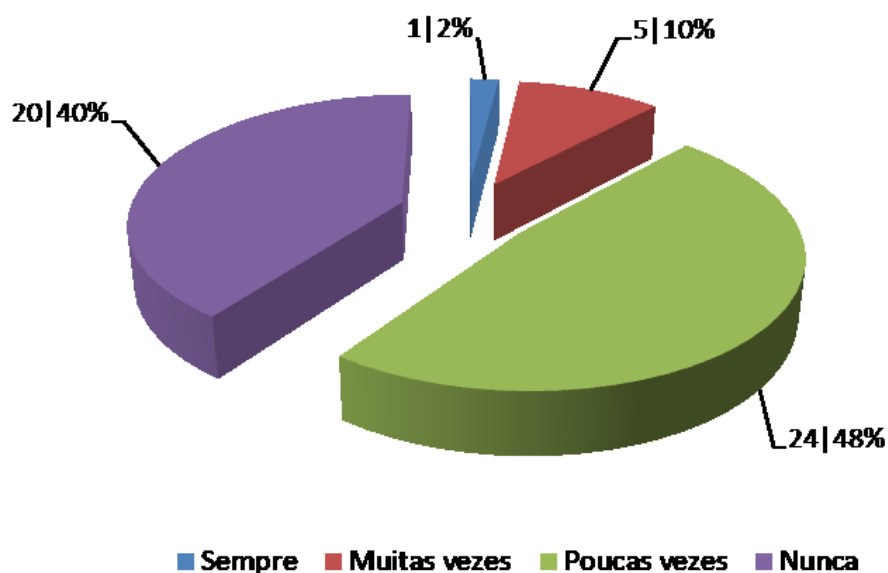


Gráfico nº 14 - Distribuição dos participantes . experimentação de bebidas alcoólicas

Pergunta - Já experimentaste bebidas alcoólicas?

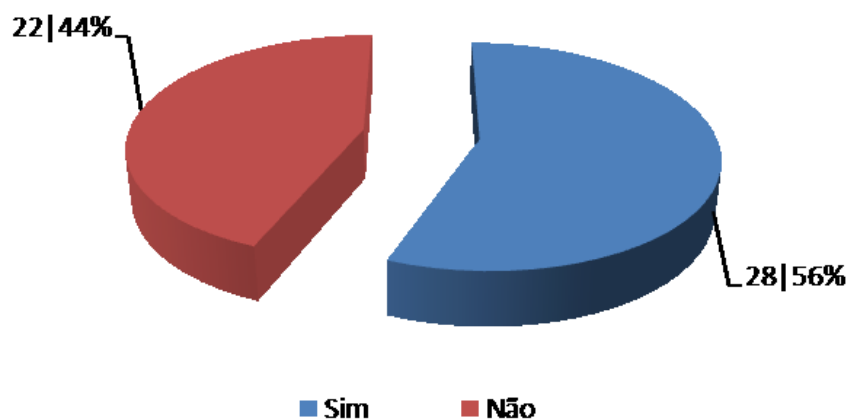


Gráfico nº 15 – Distribuição dos participantes quanto à idade do primeiro consumo

Pergunta - Que idade tinhas quando experimentaste pela primeira vez

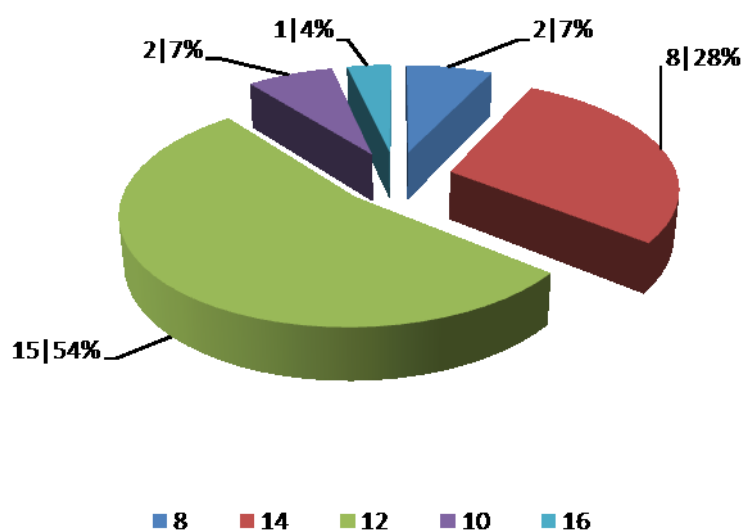


Gráfico nº 16 - Distribuição dos participantes por companhia no consumo de bebidas alcoólicas pela primeira vez.

Pergunta - Quem estava presente?

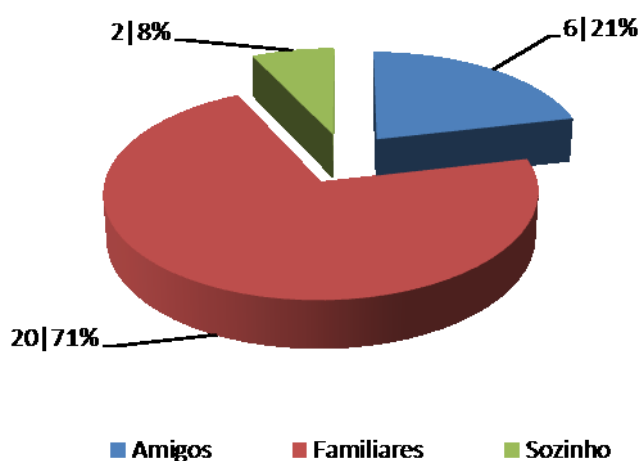


Gráfico nº 17 - Distribuição dos participantes consumo de bebidas alcoólicas na escola

Pergunta - Já consumiste bebidas alcoólicas na escola?

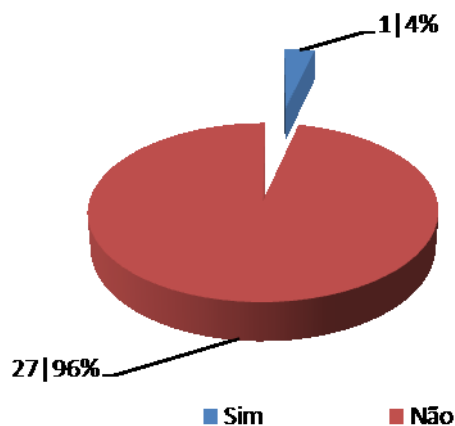


Gráfico nº 18 - Distribuição dos participantes por motivo de experimentação de bebidas alcoólicas

Pergunta - Porque experimentaste bebidas alcoólicas?



Gráfico nº 19 - Distribuição dos participantes quanto ao que sentem quando ingerem bebidas alcoólicas

Pergunta – Quando consumes álcool como te sentes?

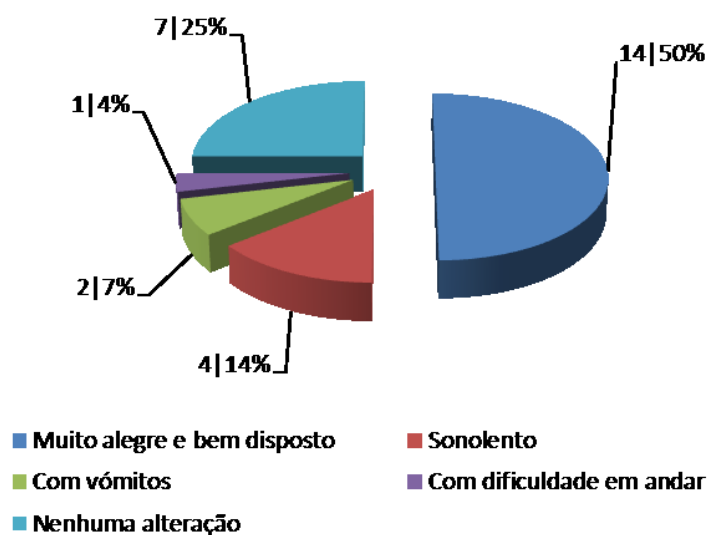


Gráfico nº 20 – Distribuição dos participantes quanto à frequência de consumo de bebidas alcoólicas

Pergunta - Com que frequência bebes bebidas alcoólicas?

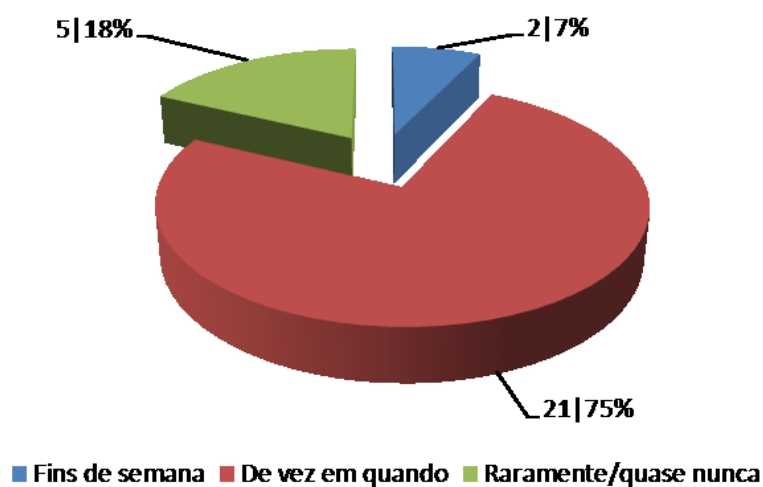


Gráfico nº 21 – Distribuição dos participantes quanto ao número de bebidas alcoólicas ingeridas na mesma ocasião

Pergunta – Quando bebes bebidas alcoólicas, quantos copos bebes na mesma ocasião?

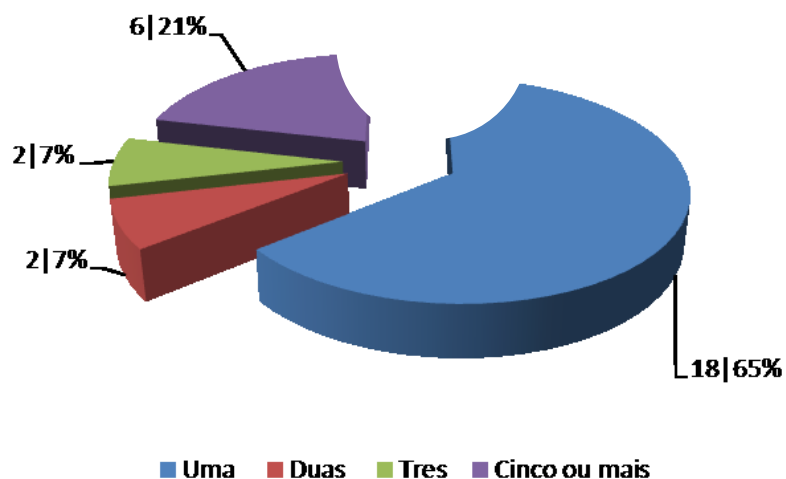


Gráfico nº22 – Distribuição dos participantes quanto à experiência de embriaguez

Pergunta – Já alguma vez ficaste embriagado?

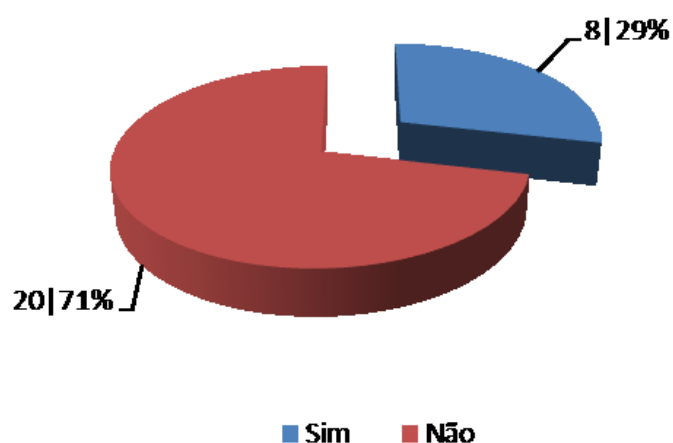


Gráfico nº 23 – Distribuição dos participantes quanto à necessidade de apoio médico

Pergunta – Já necessitaste de apoio médico?

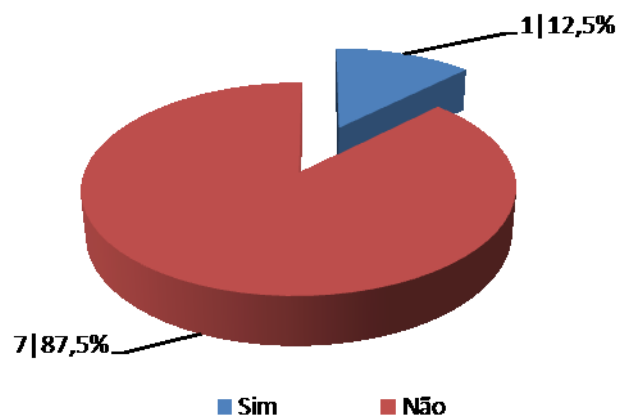
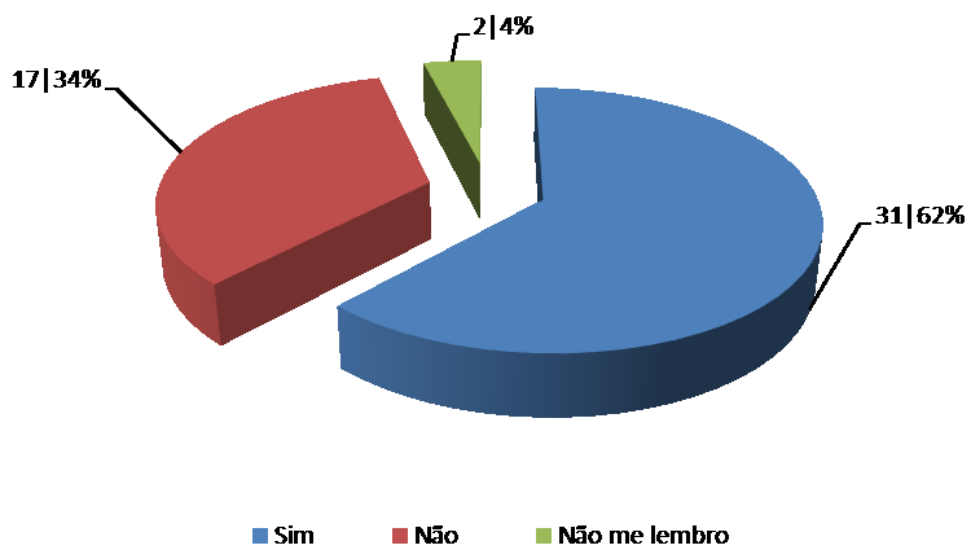


Gráfico nº 24 – Distribuição dos participantes quanto à informação sobre esta temática

Pergunta – Já tiveste formação sobre os malefícios do álcool?



APÊNDICE VI

Quadro de comparação por pares

Problemas	Comparação por pares	Valor Final (nº de vezes que o problema foi escolhido)
P1 - Défice de conhecimentos acerca do álcool, relacionados com efeitos farmacológicos, ação e consequências no organismo.	<div> <div>P1</div> <div>P1</div> <div>P2</div> <div>P3</div> </div>	<div>1º Lugar – P1</div> <div>4 votos</div>
P2 - Défice de conhecimentos acerca do álcool, manifestado por ideias erróneas ligadas a mitos e/ou falsos conceitos.	<div> <div>P2</div> <div>P2</div> <div>P1</div> <div>P3</div> </div>	<div>2º Lugar – P2</div> <div>2 votos</div>
P3 - Risco de comportamento aditivo (alcoolismo), relacionado com dificuldades relacionais, sociais e/ou afetivas.	<div> <div>P3</div> <div>P3</div> <div>P1</div> <div>P2</div> </div>	<div>3º Lugar – P3</div> <div>0 votos</div>

Quadro 1- Comparação por Pares- Exemplo para três problemas: para cada par considerado é escolhido o que se encontra a cor de rosa. Neste caso o problema prioritário é o P1 (adaptado de Tavares, 1990).

APÊNDICE VII

Cronograma de Gantt

APÊNDICE VIII

Plano operacional para as sessões 1,2 e 3

Sessão dirigida aos alunos do 8º ano da Escola Básica Nun'Alvares

Modelo de educação para a saúde

Plano das sessões de educação para a saúde: Primeira parte – Sessões expositivas

Tema: Promoção de saúde na escola: Prevenção do consumo de álcool, em adolescentes com vulnerabilidade acrescida

Local: Escola Nun'Alvares - Arrentela

Datas: 30 de outubro; 9 de novembro e 10 de novembro de 2017.

Duração: 50 minutos

Formadores: Enfermeiras Ana Sofia Tavares e Susana Santos

Finalidade da formação: Promover estilos de vida saudável e contribuir para o crescimento do nível de literacia em saúde da comunidade educativa

Objetivo pedagógico geral: Capacitar os adolescentes para uma tomada de decisão consciente e responsável face ao consumo de álcool, através da aquisição de conhecimentos sobre o tema.

Objetivo Operacional: Aumentar os conhecimentos acerca do álcool, reduzindo a percentagem de respostas erradas do QCAA

Identificação dos objetivos específicos e seus domínios

Objetivo Específico	Domínio
Definir o conceito de bebida alcoólica	Cognitivo
Distinguir os diferentes tipos de bebidas e o seu teor alcoólico	Cognitivo
Explicar os efeitos do álcool no organismo e as consequências do consumo de álcool na adolescência	Cognitivo
Identificar mitos e falsos conceitos acerca do álcool	Cognitivo

PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA: PREVENÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL, EM ADOLESCENTES COM VULNERABILIDADE ACRESCIDA

	CONTEÚDOS	DOMÍNIOS	MÉTODOS	TÉCNICAS	RECURSOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentação Objetivos da sessão Temas a desenvolver	Cognitivo	Expositivo	Exposição oral;	<u>Humanos:</u> Enfª Susana Santos Enfª Sofia Tavares	5 min
DESENVOLVIMENTO	Definição de bebida alcoólica; Tipos de bebidas alcoólicas; Teor alcoólico; Dose Padrão; Percurso do álcool no organismo; Mitos e falsos conceitos sobre o álcool; Efeitos e consequências do álcool no organismo	Cognitivo Afetivo	Expositivo Interrogativo	Exposição oral; Incentivo à participação dos alunos, através do estímulo ao debate: técnica de Brainstorming (chuva de ideias);.	<u>Humanos:</u> Enfª Susana Santos Enfª Sofia Tavares <u>Materiais:</u> Computador e Projektor de vídeo, mesas, cadeiras.	30 min
CONCLUSÃO	Breve síntese das temáticas abordadas	Cognitivo	Expositivo	Exposição oral	<u>Humanos:</u> Enfª Sofia Tavares Alunos	10 min
AVALIAÇÃO	Preenchimento de questionário de avaliação da sessão educativa	Afetivo	Interrogativo	Formulação de questões; Questionário impresso sobre a sessão;	<u>Humanos:</u> Enfª Sofia Tavares Alunos <u>Materiais:</u> Questionários em papel, canetas	5 min

APÊNDICE IX

Plano operacional para as sessões 4,5 e 6

Sessão dirigida aos alunos do 8º ano da Escola Básica Nun'Alvares

Modelo de educação para a saúde

Plano das sessões de educação para a saúde: Atividades 4,5 e 6 – Sessões dinâmicas, com atividades de grupo

Tema: Promoção de saúde na escola: Prevenção do consumo de álcool, em adolescentes com vulnerabilidade acrescida

Local: Escola Nun'Alvares - Arrentela

Data: 14 de novembro de 2017; 15 de novembro de 2017 e 15 de janeiro de 2018

Duração: Dois tempos letivos, seguidos de 50 minutos cada um, na aula de Educação Visual – num total de 100 minutos

Formadores: Enfermeiras Ana Sofia Tavares, Susana Santos e Professora Ana Saraiva

Finalidade da formação: Estimular o desenvolvimento de comportamentos saudáveis que conduzam à prevenção do consumo de álcool na adolescência

Objetivo pedagógico geral: Capacitar os adolescentes para uma tomada de decisão consciente e responsável face ao consumo de álcool, através da aquisição de conhecimentos sobre o tema e do desenvolvimento de laços afetivos.

Objetivo Operacional: Contribuir para a capacitação dos alunos e do desenvolvimento de competências cognitivas, afetivas e psicomotoras, através da participação de 60% dos alunos na elaboração do trabalho de grupo.

Identificação dos objetivos específicos e seus domínios

Objetivo Específico	Domínio
Identificar os principais conceitos abordados na aula anterior (conceito de bebida alcoólica; percurso no organismo; principais órgãos afetados; consequências na adolescência). Identificar os principais mitos e falsos conceitos acerca do álcool.	Cognitivo
Estabelecer uma dinâmica de grupo (elaboração de um cartaz) de modo a criar/fortalecer laços afetivos entre os estudantes.	Afetivo
Realizar um cartaz alusivo ao tema, com recurso a várias técnicas de expressão plástica (recortes, colagens, desenhos...).	Psicomotor

PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA: PREVENÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL, EM ADOLESCENTES COM VULNERABILIDADE ACRESCIDA

ETAPA	CONTEÚDOS	DOMÍNIOS	MÉTODOS	TÉCNICAS	RECURSOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentação; Objetivos da sessão; Breve síntese da aula anterior, de modo a mobilizar conhecimentos	Cognitivo	Expositivo Interrogativo	Exposição oral; Mobilização de conhecimentos relativos à sessão anterior; Incentivo à participação dos alunos, através do estímulo ao debate: técnica de Brainstorming (chuva de ideias);	<u>Humanos:</u> Enfª Susana Santos Enfª Sofia Tavares <u>Materiais:</u> Computador e Projeto de vídeo	10 min
DESENVOLVIMENTO	Promoção da dinâmica de grupo através da discussão dos conteúdos apresentados e esclarecimento de dúvidas	Cognitivo Afetivo Psicomotor	Expositivo Interrogativo Demonstrativo Ativo	Exposição oral; Dinâmica de grupo com o intuito de promover espírito de equipa e laços afetivos e desenvolvimento do sentido da responsabilidade.	<u>Humanos:</u> Enfª Susana Santos Enfª Sofia Tavares Prof. Ana Saraiva Alunos <u>Materiais:</u> Computador e Projeto de vídeo, mesas, cadeiras, cartolinas, tesouras, tubos de cola, marcadores coloridos, imagens impressas e recortes de revistas.	80 min
CONCLUSÃO	Breve síntese das temáticas abordadas	Cognitivo	Expositivo	Exposição oral	<u>Humanos:</u> Enfª Sofia Tavares Alunos	5 min
AValiação	Preenchimento de questionário de avaliação da sessão educativa	Afetivo	Interrogativo	Formulação de questões; Questionário impresso sobre a	<u>Humanos:</u> Enfª Sofia Tavares Alunos <u>Materiais:</u> Questionários em	5 min

PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA: PREVENÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL, EM ADOLESCENTES COM VULNERABILIDADE ACRESCIDA

				sessão;	papel, canetas	
--	--	--	--	---------	----------------	--

APÊNDICE X

Plano Operacional para a atividade 7

Sessão dirigida aos alunos do 8º ano da Escola Básica Nun'Alvares

Modelo de educação para a saúde

Plano da sessão de educação para a saúde : Atividade 7

Tema: Promoção de saúde na escola: Prevenção do consumo de álcool, em adolescentes com vulnerabilidade acrescida

Local: Escola Nun'Alvares - Arrentela

Data: 19 de fevereiro de 2018

Duração: 30 minutos ,no intervalo da tarde (agendado com a direção da escola e com os diretores de turma)

Formadores: Sofia Tavares e Susana Santos

Finalidade da formação: Estimular o desenvolvimento de comportamentos saudáveis que conduzam à prevenção do consumo de álcool na adolescência

Objetivo pedagógico geral: Capacitar os adolescentes para uma tomada de decisão consciente e responsável face ao consumo de álcool, através da aquisição de conhecimentos sobre o tema e do desenvolvimento de laços afetivos.

Objetivo Operacional: Promover o relacionamento e o sentimento de pertença entre os alunos e também entre estes e a restante comunidade educativa, através da participação de pelo menos 50% dos alunos das turmas do 8º ano, diretores de turma, membros da Direção da Escola, da UCC e restantes funcionários escolares.

Identificação dos objetivos específicos e seus domínios

Objetivo Específico	Domínio
Estimular o relacionamento e o desenvolvimento de sentimento de pertença entre os alunos e entre estes e a comunidade escolar.	Afetivo
Promover uma dinâmica de grupo, apresentação dos cartazes elaborados pelos alunos, de modo a criar/fortalecer laços afetivos entre eles.	Afetivo
Agradecer a todos os alunos que participaram na intervenção comunitária, entregando a todos uma lembrança de participação.	Afetivo

PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA: PREVENÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL, EM ADOLESCENTES COM VULNERABILIDADE ACRESCIDA

ETAPA	CONTEÚDOS	DOMÍNIOS	MÉTODOS	TÉCNICAS	RECURSOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentação; Apresentação do projeto, metodologia e principais resultados	Cognitivo	Expositivo	Exposição oral;	<u>Humanos:</u> Enfª Susana Santos Enfª Sofia Tavares	5 min
DESENVOLVIMENTO	Testemunho da diretora da Escola Promoção da dinâmica de grupo através da discussão dos conteúdos trabalhados pelos alunos Testemunho do jovem futebolista	Cognitivo Afetivo	Expositivo Demonstrativo	Exposição oral;	<u>Humanos:</u> Professora - Paula Coito Alunos Jogador - Rodrigo Conceição <u>Materiais:</u> Placards com os cartazes afixados, no átrio da escola	15 min
CONCLUSÃO	Avaliação dos cartazes Entrega de prémios	Cognitivo Afetivo	Expositivo	Exposição oral	<u>Humanos:</u> Jogador - Rodrigo Conceição Enfª Sofia Tavares Alunos Diretores de turma Professora Ana Saraiva	10 min

APÊNDICE XI

Diapositivos das sessões 1,2 e 3



Escola Básica Nun' Álvares

Sem álcool és mais fixe !!

PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA:
PREVENÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA



Docente Orientador: Professor Edmundo Sousa

Enfermeiro Responsável na UCC - Enf^a Susana Santos

Elaborado por:
Ana Sofia Tavares, n.º 7338

Tema da sessão e Objetivo

Tema

Promoção de saúde na escola: Prevenção do consumo de álcool na adolescência.

Objetivo

Capacitar os adolescentes para uma tomada de decisão consciente e responsável face ao consumo de álcool, através da aquisição de conhecimentos sobre o tema.

O que são bebidas alcoólicas?



São bebidas que contêm Álcool na sua composição.

O Álcool das bebidas alcoólicas é álcool etílico ou etanol
(o mesmo que se vende na farmácia ou nos supermercados e que se utiliza no hospital)

O álcool cria dependência? SIM!!



Álcool Etilico ou Etanol pertence à família farmacológica dos Depressores do Sistema nervoso Central, isto é, fazem com que o cérebro funcione de forma mais lenta;

Atua de modo destrutivo, atacando diretamente o glutamato, um neurotransmissor envolvido em diversas funções, como raciocínio e movimento;

O aumento da concentração de álcool no sangue faz com que a pessoa perca a capacidade de julgamento, a memória, percepção sensorial e a coordenação motora;

Quem bebe com mais frequência desenvolve mais tolerância ao álcool, uma vez que as células do sistema nervoso central adaptam-se à sua presença;

Que tipos de bebidas alcoólicas conheces ?

FERMENTADAS

São bebidas obtidas a partir da fermentação dos sumos açucarados (exemplos: vinho, cerveja, cidra).

Um copo equivale a 10 gramas de álcool puro



Que tipos de bebidas alcoólicas conheces ?

DESTILADAS

São bebidas obtidas através da destilação de frutos e das bebidas fermentadas, das quais resultam bebidas de maior graduação (vodka, whisky, gin, aguardente).

Um copo equivale a 20 gramas de álcool puro



Teor alcoólico das bebidas

O teor alcoólico corresponde à concentração ou percentagem de álcool puro que se encontra diluído em 100 ml de uma bebida alcoólica.



Dose Padrão

Dose padrão é uma unidade de medida que define a quantidade de etanol puro contido nas bebidas alcoólicas

A Organização Mundial de Saúde estabelece que uma dose padrão contém aproximadamente 10 a 12 g de álcool puro, o equivalente a uma lata de cerveja (330 ml), uma taça de vinho (100 ml) ou uma dose de bebida destilada (30 ml).

~ 12 g de álcool puro				
330 ml de cerveja		100 ml de vinho		30 ml de destilado
	=		=	

O percurso do álcool no organismo



O percurso do álcool no organismo

O principal composto das bebidas alcoólicas é a molécula de etanol. Assim que a pessoa ingere uma bebida, uma pequena parte dessas moléculas já começa a entrar na corrente sanguínea pela mucosa oral.

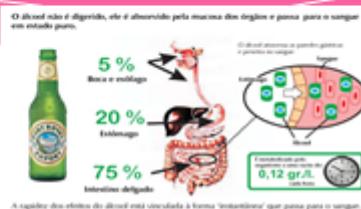


Através do esôfago, a bebida chega ao estômago, e daí passa ao intestino delgado, um órgão com muitos vasos e membranas permeáveis que libertam o álcool na corrente sanguínea.

#ADAM

O percurso do álcool no organismo

Este percurso demora até cerca de hora, e depende de alguns fatores, tais como a presença de alimentos no estômago e a quantidade de álcool que a pessoa ingeriu.



Já no sangue, as moléculas de etanol são transportadas para todos os órgãos. Como o álcool tem preferência pelos meios com água, rapidamente chega ao cérebro.

Metabolização do álcool no organismo

Por ser solúvel em água, a molécula de etano (álcool) rapidamente entra em circulação, na corrente sanguínea.

Já no sangue, é distribuído pelos outros órgãos.

O fígado é o órgão que recebe maiores concentrações de álcool, já que por ele passa o etanol absorvido do estômago e do intestino. É por isso particularmente susceptível aos danos provocados pelo álcool.



Metabolização do álcool no organismo

Os efeitos do álcool variam consoante o sexo



Metabolização do álcool no organismo

Diferença entre género

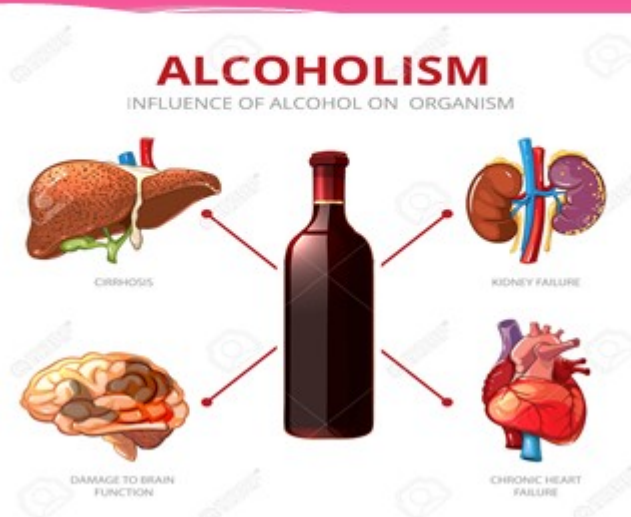
A metabolização do álcool é diferente entre raparigas e rapazes. As raparigas atingem concentrações de álcool no sangue mais elevadas que os rapazes, mesmo bebendo quantidades semelhantes. Esse facto deve-se à hormona ALDH (Acetaldeído-Desidrogenase), que é a principal responsável pela degradação do álcool, estar presente em menor quantidade nas raparigas.



Outros fatores que influenciam a metabolização do álcool



Efeitos do álcool nos vários órgãos



Efeitos do álcool nos vários órgãos

Fígado

Este órgão é o principal responsável pela metabolização (transformação) do álcool. Consumo prolongado pode conduzir ao desenvolvimento de cirrose e consequente destruição do fígado.

Rins

O consumo excessivo de álcool, leva a uma sobrecarga do funcionamento dos rins. Esta situação pode ser altamente perigosa quando se atingem níveis tóxicos.

Coração

O aumento da produção de urina, leva a uma sobrecarga do coração. Além disso devido à perda de minerais e nutrientes, o ritmo cardíaco pode sofrer alterações e apresentar arritmias.

Cérebro

O Álcool causa lesões irreversíveis no cérebro e prejudica a capacidade de reter e guardar informações, comprometendo a memória e o raciocínio.

Mitos e falsos conceitos sobre o álcool



Mitos e falsos conceitos sobre o álcool

O álcool (não) aquece...

O álcool faz com que o sangue venha do interior do organismo à superfície da pele, dando a sensação de calor, mas esta deslocação do sangue provoca uma baixa da temperatura interna, prejudicando o funcionamento de todos os órgãos.



O álcool (não) mata a sede...

A sensação de sede significa necessidade de água. Quando se toma uma bebida alcoólica, uma considerável quantidade de água, que faz falta ao organismo, sai pela urina, aumentando assim a necessidade de água no organismo, logo a sede vai-se agravando.

Mitos e falsos conceitos sobre o álcool

O álcool (não) dá força

O álcool tem uma ação excitante e anestésica, que disfarça o cansaço físico ou intelectual intenso, dando a ilusão de voltarem as forças mas, depois, o cansaço é a dobrar, porque o álcool gastou energia ao ser «queimado» no fígado.



O álcool (não) é um medicamento

O álcool é exatamente o contrário de um medicamento, porque provoca apenas uma excitação e anestesia passageiras que podem mascarar/esconder durante algum tempo, dores ou sensação de mal-estar, acabando por ter consequências ainda mais graves.

Mitos e falsos conceitos sobre o álcool

O álcool (não) é um alimento, (não) facilita a digestão (nem) abre o apetite

O álcool não é um nutriente porque produz calorias inúteis (vazias) para os músculos e não serve para o funcionamento das células. Contrariamente aos verdadeiros nutrientes, ele não ajuda na construção e reconstrução do organismo. O álcool faz com que os movimentos do estômago sejam muito mais rápidos e os alimentos passem para o intestino sem estarem devidamente digeridos, dando a sensação de estômago vazio e digestão feita. O resultado é a falta de apetite e o aparecimento de gastrites e úlceras.



Mitos e falsos conceitos sobre o álcool

Quando se mistura água ou refrigerantes com bebidas alcoólicas, diminui-se a quantidade de álcool



ERRADO



Apenas ficam mais doces devido ao açúcar do refrigerante, o que pode levar a uma maior ingestão de álcool

ALERTA

Alcopops



Os alcopops são bebidas alcoólicas coloridas, aromatizadas, e cujo teor de álcool nem sempre está bem explícito.

ALERTA



Álcool e Sexo

Pelos efeitos de desinibição e alteração de comportamentos o álcool pode funcionar como desinibidor social, facilitando o envolvimento e relacionamento amorosos e afetivos que poderão preceder o ato sexual, aumentando o desejo, mas perturbando o desempenho sexual.

De salientar, igualmente, o papel do álcool como fator propiciador de comportamentos sexuais de risco, e dos vários problemas daí decorrentes como **Gravidez Indesejada** e contágio de **Infeções Sexualmente Transmissíveis**, com relevo especial para os vírus de hepatite B e C e o VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana).

ALERTA

Condução perigosa

<https://www.youtube.com/watch?v=nGnRuLWgKj8>



A condução sob o efeito de álcool, está considerada como um dos agentes que interferem na sinistralidade

Estudos internacionais estão cada vez mais em sintonia, ao considerarem o álcool não só como causa de acidente, mas também em responsabilizá-lo pela maior frequência e gravidade do mesmo.

Resultados recentes evidenciam que a partir de alcoolémias de 0,2 g/L já se verificam pequenas alterações no condutor.

FASES DA EMBRIAGUEZ: Taxa de alcoolémia vs efeitos na pessoa

0 a 0,5	0,5 a 0,8	0,8 a 1,5	1,5 a 3	3 a 5	Superior a 5
Alteração da visão	Excitação ligeira	Reflexos modificados	Perturbação da marcha e da linguagem,	Embriaguez profunda,	Coma grave
Erros no cálculo das distâncias	Alterações motoras	Excitação psicomotora	Visão dupla	Anestesia	Pode levar à morte
Perturbações da adaptação à luz	Atraso nos tempos de reação	Comportamento alterado.	Embriaguez evidente.	Pré-coma.	
Dificuldades de concentração	Vigilância diminuída				

A taxa de alcoolémia é a quantidade de álcool existente no sangue de uma pessoa num determinado momento e expressa-se em gramas de álcool por litro de sangue.

Para terminar...

O consumo de álcool por menores de idade, constitui um grave problema de saúde pública pelas várias consequências, a curto e médio e longo prazo.

O consumo de álcool por jovens com menos de 18 anos é um consumo indevido e inadequado.

A exposição ao álcool por parte dos jovens pode comprometer o seu desenvolvimento, quer biológico, quer psicossocial.

SE BEBERES ÁLCOOL PODES ESTAR A COMPROMETER O TEU FUTURO!!

Para terminar...

O ÁLCOOL VICIA, DESTRÓI, MATA...



**NÃO O DEIXES SER MAIS FORTE
QUE TU!!**



**PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA:
PREVENÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA**

MUITO OBRIGADA!!



APÊNDICE XII





Avaliação das atividades 1,2 e 3

Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

De modo a melhorar as futuras sessões educativas, agradecia que preenchesse este questionário. A tua colaboração é extremamente importante. Este questionário é anónimo, e a tua participação é voluntária.

Muito obrigada pela tua colaboração!!

Assinala com uma cruz (X) a resposta que corresponde à tua opinião/avaliação das seguintes afirmações:

	Nada Satisfeito 	Pouco Satisfeito 	Satisfeito 	Totalmente Satisfeito 
Os conteúdos abordados foram interessantes				
O formador transmitiu com clareza os temas abordados				
O formador conseguiu criar um clima favorável ao diálogo e à participação				
Com esta sessão aprendi coisas novas acerca do álcool				
Os meios audiovisuais utilizados foram adequados				

APÊNDICE XIII





Avaliação das Sessões 4,5 e 6

Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

De modo a melhorar as futuras sessões educativas, agradecia que preenchesse este questionário. A tua colaboração é extremamente importante. Este questionário é anónimo, e a tua participação é voluntária.

Muito obrigada pela tua colaboração!!

Assinala com uma cruz (X) a resposta que corresponde à tua opinião/avaliação das seguintes afirmações:

	Nada Satisfeito 	Pouco Satisfeito 	Satisfeito 	Totalmente Satisfeito 
Os conteúdos abordados foram interessantes				
O formador transmitiu com clareza os temas abordados				
O formador conseguiu criar um clima favorável ao diálogo e à participação				
A sessão correspondeu às minhas expectativas				
Os meios audiovisuais utilizados foram adequados				
A elaboração de um cartaz em grupo, foi importante para consolidar a minha aprendizagem e esclarecer dúvidas.				

APÊNDICE XIV

Grelha de avaliação dos cartazes elaborados pelos alunos

Grelha de avaliação dos cartazes elaborados pelos alunos do 8º ano

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Adequação e qualidade dos conteúdos												
Qualidade Técnica												
Criatividade												
Potencial efeito comunicativo												
Aplicabilidade dos materiais												
TOTAL												

Pontuação entre 1 e 3 valores

APÊNDICE XV

Autorização do diretor do ACES

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declaro que o ACES Almada Seixal concorda e tem condições logísticas e humanas para a realização do estudo " "Promoção da Saúde na Escola – Prevenção do Consumo de Álcool em Adolescentes com Vulnerabilidade Acrescida" a realizar pela Mestranda Ana Sofia Nunes Tavares.

Amora, 08 de Junho de 2017

O Diretor Executivo do Agrupamento de
Centros de Saúde Almada Seixal



Luís Amaro

/MF

APÊNDICE XVI

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT

PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA: PREVENÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL, EM ADOLESCENTES COM VULNERABILIDADE ACRESCEIDA



Exma. Senhora

Dr. ^a Ana Sofia Nunes Tavares

ana.sofia.tavares@campus.esel.pt

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

7917/CES/2017

11.07.2017

Assunto: Promoção de saúde na escola - Prevenção do consumo de álcool, em adolescentes com vulnerabilidade acrescida.

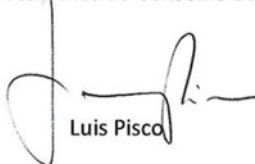
A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na sua reunião da secção de investigação, no dia 7.07.2017, tendo sido emitido um parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a concretização do estudo.

Com os melhores cumprimentos,

O Vice - Presidente do Conselho Directivo



Luis Pisco



Parecer

Proc.046/CES/INV/2017

Título: Promoção de saúde na escola - Prevenção do consumo de álcool, em adolescentes com vulnerabilidade acrescida

Enquadramento institucional do proponente: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Investigador(es): Ana Sofia Nunes Tavares

Orientador(es): Professor Doutor José Edmundo Xavier Furtado Sousa

Fundamentação do estudo:

O consumo precoce de álcool nos adolescentes portugueses, assim como o consumo excessivo, constitui sem dúvida um problema atual de saúde pública. As consequências de ordem física, mental e social podem atingir proporções gravíssimas na saúde dos jovens, causando um enorme impacto social e na saúde.

A evidência científica tem vindo a demonstrar a existência de padrões de consumo de alto risco, nomeadamente em adolescentes, revelando que a idade com que os adolescentes têm o primeiro contacto com bebidas alcoólicas é cada vez mais precoce. É também possível atribuir causalidade entre a dependência alcoólica com estes padrões de consumo e a sua precocidade. É responsável por uma maior probabilidade de ocorrência de dependência alcoólica.

A intervenção comunitária terá como objetivo principal, a promoção de estilos de vida saudáveis/comportamentos, através da prevenção do consumo de álcool em adolescentes, com vulnerabilidade acrescida.

O enfermeiro, tem um papel preponderante, no desenvolvimento de estratégias de intervenção que visam a educação sobre o consumo de álcool nos adolescentes, destacando a promoção da saúde. A intervenção comunitária terá como finalidade promover comportamentos saudáveis que conduzam à prevenção do consumo de álcool na adolescência.

Objetivos:

Os objetivos delineados para este estudo são:

Estabelecer um projeto de intervenção comunitária com vista à resolução dos problemas identificados;
Promover estilos de vida saudável e contribuir para o crescimento do nível de literacia para a saúde da comunidade educativa;

Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;

Contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e para a minimização dos riscos para a saúde;

Promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos/as alunos/as.



Apreciação

O estudo em apreço tem interesse social e do seu desenho podem vir a obter-se resultados com interessa para a prática clínica em contexto da saúde escolar particularmente nesta população.

Da análise dos documentos enviados, fica demonstrado o respeito pelos princípios éticos aplicáveis a este tipo de estudo e população, pelo que se emite parecer favorável.

Declaração de interesses: Nada a declarar

7 de Julho de 2017

APÊNDICE XVII

Parecer da Coordenadora da UCC



Declaração

Para os efeitos e a pedido da interessada, Ana Sofia Nunes Tavares, declara-se que a unidade funcional do ACES Almada Seixal, a Unidade de Cuidados na comunidade do Seixal apresenta disponibilidade para a realização do estudo: “projeto de intervenção comunitária na UCC do Seixal, no âmbito da vulnerabilidade acrescida nos adolescentes para o consumo do álcool”, nomeadamente no que concerne às condições estruturais e de logísticas para a sua realização e a disponibilidade da equipa de investigação a envolver no estudo.

UCC Seixal, 17 de maio de 2017

A Coordenadora da UCC Seixal

Susana Santos

Susana Santos

APÊNDICE XVIII

Parecer da Presidente do Conselho Diretivo da Escola NUN'ÁLVARES

PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA: PREVENÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL, EM ADOLESCENTES COM VULNERABILIDADE ACRESCEIDA



A.E. Nun'Alvares Direção

para mim ▾

10/06



Cara Ana Sofia

Agradeço a informação enviada e reitero a nossa disponibilidade de colaboração no projeto a desenvolver com os nossos alunos; darei também conhecimento ao Conselho Pedagógico.

Com os melhores cumprimentos,
M^ª Paula Coito



10/06/2023 10:06:00 AM - 10/06/2023 10:06:00 AM

APÊNDICE XVIII

Parecer da Comissão Nacional de Proteção De Dados

PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA: PREVENÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL, EM ADOLESCENTES COM VULNERABILIDADE ACRESCIDA

Ellen Barends

11/00

para mim

Ref^a 03.01
Ofício 17874 de 07/05/2017

Exm^a Senhora Ana Sofia Tavares,

Em resposta ao pedido de autorização efectuado por si, Ana Sofia Nunes tavares, para a realização de um estudo de investigação sobre o consumo precoce de álcool nos adolescentes portugueses, informa-se que da análise dos documentos disponibilizados e esclarecimento prestado resulta não haver dados que possam identificar ou tornar identificável os participantes no estudo acima indicado e, consequentemente, não se aplica a Lei de Proteção de Dados Pessoais (LPD) - Lei nº 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei nº 103/2015, de 24 de agosto.

Trata-se o Programa TEIP, inserido no Programa Nacional de Saúde Escolar, uma iniciativa governamental a desenvolver na UCC do Seixal. A população em estudo será constituído por estudantes do 8º ano, pertencentes à Escola Básica NUN'ÁLVARES, situada na Arrentela, concelho do Seixal

Assim, o trabalho a realizar não carece de Autorização da CNPD, desde que a responsável pela recolha/tratamento obtenham a colaboração das escolas por forma a dar cumprimento aos seguintes requisitos:

- a) Obtenção prévia do consentimento dos pais/encarregados de educação dos alunos, devendo, este documento, ser recolhido pela escola e guardado no processo individual dos alunos;
- b) No questionário que serve de base à recolha de dados, a investigadora deve abster-se de recolher qualquer dado que possa direta ou indiretamente identificar a participante.

Qualquer resposta ao presente e-mail deve ser enviada para geral@cnpd.pt, não se garantindo a resposta às questões remetidas para as caixas de e-mail pessoais dos funcionários.

Com os melhores cumprimentos,
Ellen Barends

APÊNDICE XIX

Parecer da DGE

PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA: PREVENÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL, EM ADOLESCENTES COM VULNERABILIDADE ACRESCIDA

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0604100001, com a designação *Questionário de Conhecimentos acerca do álcool*, registado em 05-07-2017, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo.(a) Senhor(a) Ana Sofia Nunes Tavares

Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.

Com os melhores cumprimentos

José Vitor Pedroso

Diretor-Geral

DGE

Observações:

a) A realização dos Inquéritos fica sujeita a autorização da Direção do Agrupamentos de Escolas do ensino público Nun'Álvares, a contactar para a realização do estudo. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, porque de vida privada, sensíveis e onerosos, devendo fazer-se em estreita articulação com a Direção do Agrupamento.

b) De acordo com informação da CNPD Refª 03. de Ofício 17874 de 07/05/2017 anexada ao formulário, a CNPD refere que (...) o trabalho a realizar não carece de autorização da CNPD (...) resultando, contudo, obrigações que o responsável tem de cumprir de acordo com determinação legal transcritas no email que foi enviado a Ana Sofia Tavares. Destas obrigações a responsável pelo estudo deve dar conhecimento a todos os que intervenham na recolha e tratamento de dados pessoais. Não deve haver cruzamento ou associação de dados entre os que são recolhidos pelos instrumentos de inquirição e os constantes da declaração de consentimento informado.

c) Informa-se, ainda, que a DGE não é competente para autorizar a realização de intervenções educativas/desenvolvimento de projetos e atividades/programas de intervenção/formação em meio escolar junto de alunos em contexto de sala de aula, dado ser competência da Escola/Agrupamento.

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.